

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

140

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean Louis DIETERLEN

né le 28 Septembre 1927 à Strasbourg (Bas-Rhin)

Présentée et soutenue publiquement le :

ETUDE CRITIQUE DE L'EMPLOI DE CORTICOSTEROIDES
PAR VOIE INTRA-RACHIDIENNE DANS LE TRAITEMENT
DE LA SCLEROSE EN PLAQUES.
(A propos de 48 cas).

Président : Mr. P. CASTAIGNE, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean Louis DIETERLEN

né le 28 Septembre 1927 à Strasbourg (Bas-Rhin)

Présentée et soutenue publiquement le :

ETUDE CRITIQUE DE L'EMPLOI DE CORTICOSTEROIDES
PAR VOIE INTRA-RACHIDIENNE DANS LE TRAITEMENT
DE LA SCLEROSE EN PLAQUES.

(A propos de 48 cas).

Président : Mr. P. CASTAIGNE, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

HAUTE-ET-LOIRE

THÈSE

1902

DOCTORAT EN MÉDECINE

Jean Louis DUBREUIL

Le 10 Septembre 1902

Présente et soutient publiquement



ÉTUDE CRITIQUE DE LA MÉTHODE DE LA SCLÉROSE EN PLAQUE

La thèse de 1902

Présenté par M. P. CASTAIGNE, Docteur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof: à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Prof: à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof: à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
	N.
	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	MOULONGUET (P.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (St-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	N.
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	LENÈGRE (J.)
	SOULIÉ (P.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
	DEBRAY (C.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	GENNES (L. de)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DEROT (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DAVID (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	GARCIN (R.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	MERGER (R.)
	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	RENARD (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	BERNARD (E.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	MICHAUX (L.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DECHAUME (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	N.
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	N.
Clinique urologique (Cochin)	GIROUD (A.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
» » (Prof: à titre personnel)	SÈZE (S. de)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	VERNE (J.)
Histologie	

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
» (Prof ^r à titre personnel)	BRUMPT (L. G.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Prof ^r à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Prof ^r à titre personnel)	BARGETON (D.)
» » » »	PARROT (J)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie.	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique . .	{ BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie.	VOURC'H (G.)
Bactériologie.	{ BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale. . . .	{ DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLJANSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports . . .	PLAS (F.)
Carcinologie.	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie. .	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie.	{ COLJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène.	{ BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (M ^{me} L.)
Maladies infectieuses . . .	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale.	{ DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail. . . .	ALBAHARY (C.)
Neurologie.	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)

	MM.
Ophtalmologie.	BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie.	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie . .	DEBAIN (J.)
Parasitologie.	CHABAUD (A.) BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie chirurgicale . .	SCHNEIDER (J.)
Pathologie exotique . . .	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) RICHT (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf.
Pathologie expérimentale .	CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Ol.) LESOBRE (R.) MACREZ (G.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) pr. s. ch. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Pathologie médicale. . . .	

	MM.		MM.
Pédiatrie-Puériculture . . .	JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	MOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉZ (D.)
	POLONOVSKI (C.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pharmacologie	ROSSIER (A.)	Stomatologie	CERNÉA (P.)
	BOISSIER (J.)		CHAPUT (M ^{me} A.), m.c. agr.
Physiologie	LECHAT (P.)		GRELLET (M.)
	DEJOURS (P.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf.		LAMOTTE (M.)
	pr. s. ch.	Urologie	QUENU (L.)
	KELLERSHOHN		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)	Clinique ophtalmologique .	DESIGNES (P.)
	ANELINE (A), pr. s. ch.		OFFRET (G.)
	HUGUIER (J.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
	OLIVIER (G.)		LAPLANE (R.)
	PADOVANI (P.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
	POILLEUX (F.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
	ROUX (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
Clinique médicale	VERNE (J.-M.)	Médecine légale	GAULTIER
	DOMART (A.)		
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (G.)
Secrétaire général de la Faculté . .	M. LENA (J.)
Secrétaires	M ^{me} BEURLAND (H.), M ^{lle} CHAINTREUIL (G.), M ^{me} ROCHE (L.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
	Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

A Notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur P. CASTAIGNE

Professeur de la Clinique des Maladies
du Système Nerveux de la Salpêtrière .

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En hommage respectueux.

A Notre Maître,

Monsieur le Docteur J. SIGWALD

Médecin de l'Hôpital Paul Brousse à Villejuif

qui nous a fait l'honneur de nous
confier ce travail,
nous a permis de le réaliser dans son
service, et qui fut pour nous un Maître
attentif et bienveillant.

Qu'il veuille bien trouver ici notre
gratitude respectueuse.

CH A P I T R E I

I N T R O D U C T I O N

L'introduction de Corticostéroïdes par voie sous-arachnoïdienne dans les tentatives de traitement de la sclérose en plaques, n'est plus une nouveauté.

Dès 1955, notre Maître, le Docteur SIGWALD, en publiait les premières observations, et son élève, Mme le Docteur CLEMENT, y consacrait sa thèse en 1956.

Depuis lors, cette thérapeutique a continué à être utilisée. On dispose actuellement d'un recul accru pour en préciser les effets, et il était intéressant d'essayer d'en dresser un bilan.

Ce travail résume les résultats observés chez une cinquantaine de malades, la plupart observés dans le service de notre Maître le Docteur SIGWALD, avec des durées de traitement variant de quelques mois à six ans environ.

CH A P I T R E I I

PLACE DE LA CORTICOTHERAPIE DANS LE TRAITEMENT DE LA SCLEROSE EN PLAQUES

Nous rappellerons brièvement les raisons théoriques qui ont milité pour l'emploi des stéroïdes anti-inflammatoires dans les essais de traitement de la Sclérose en Plaques.

L'anatomopathologie montre que les lésions initiales, qui aboutissent à la formation d'une plaque de sclérose, semblent être tout d'abord une exsudation microscopique focale, périveineuse. Celle-ci est suivie par une réaction inflammatoire d'intensité variable, in situ, à son tour suivie de la classique démyélinisation et de la prolifération gliale, typique de la maladie.

Cette prolifération gliale est souvent précoce, intense et aboutit à la formation d'un feutrage dense de la fibre névroglique, véritable cicatrice fibreuse.

Le stade de sclérose fixée semble donc être précédé d'un état "inflammatoire" aigu ou subaigu, (dont le mécanisme déclenchant demeure inconnu), mais qui semble réversible, et dont on peut penser qu'il soit accessible à la thérapeutique.

Les corticoïdes, par leur action anti-inflammatoire et antiallergique, trouvaient donc là une justification de leur emploi.

Si cette thérapeutique anti-inflammatoire a quelque action, ce n'est donc pas sur le mécanisme déclenchant de l'affection mais sur les effets réactionnels que celui-ci provoque au niveau du système nerveux.

CHAPITRE III

BASES THEORIQUES DE LA CORTICOTHERAPIE INTRARACHIDIENNE

Les raisons de choisir l'espace intathecal comme voie d'administration des stéroïdes anti-inflammatoires sont basées sur le fait que le S.N.C. est contenu dans un espace clos, le sac arachnoïdien, qui présente un seuil élevé pour le passage des stéroïdes.

La barrière sang - L.C.R. n'est certes pas absolue pour les stéroïdes. Mais l'expérience (étudiée notamment par des méthodes de microdosages, par SKINHOJ et BUUS au Danemark) montre que s'il y a normalement passage de corticoïdes du sang vers l'espace sous arachnoïdien, la concentration dans le L.C.R. atteint seulement le quart de celle-ci dans le sang.

Et aux doses généralement employées par voie générale, cette concentration dans le L.C.R. n'atteint probablement pas une quantité susceptible d'avoir un effet thérapeutique.

A la lumière de ces données précises, il semblerait nécessaire, pour obtenir une concentration efficace dans le L.C.R., d'utiliser de très grandes quantités de stéroïdes per os ou par voie parentérale.

Introduire localement, au contact du S.N.C. des quantités thérapeutiquement efficaces de corticoïdes semble donc présenter un grand intérêt ajoutant à celui d'éviter les dangers très réels de la corticothérapie intensive et prolongée par voie générale.

D'autre part, nous rappellerons, à la suite de notre Maître le Docteur SIGWALD, les intéressantes observations de deux auteurs qui confirment ce point de vue. En effet OPPENHEIMER et REISER ont obtenu chez l'animal

une diminution de la réaction inflammatoire méningée secondaire au dépôt de talc, par application d'hydrocortisone in situ. De même A. ORTIZ-GALVAN a montré qu'après application locale d'hydrocortisone sur une plaie du cerveau, la cicatrice méningo-cérébrale était retardée dans son apparition et finalement diminuée.

Tout ceci semble donc pouvoir faire préférer la voie locale à la voie générale.

On peut éviter, à effet égal ou supérieur, une cure cortisonique continue, ce qui évite les accidents d'hypercorticisme chronique.

CHAPITRE IV

1 - Les Corticoïdes utilisés

Au cours des traitements décrits ci-dessous, trois produits injectables ont été utilisés.

Jusqu'à la fin de l'année 1959 :

- l'Acétate de 17 Hydroxycorticostérone en suspension aqueuse à 25 mg par millilitre additionné de 0,2 % de chloramphénicol. Actuellement son emploi est abandonné au profit des deux produits suivants, en raison de leur activité plus grande et du degré plus réduit de leur action métabolique.

- l'Acétate de Deltahydrocortisone en suspension aqueuse à 25 mg par millilitre.

et pour les trois quart des quelques 800 I.R. relatées dans ce travail :

- le Phosphate d'Hexadecadrol, solution à 4 mg par millilitre de 16 méthyl 9 Fluorodeltahydrocortisone. Ce dernier produit ayant la particularité d'avoir une solubilité très élevée, environ 3.000 fois celle de l'Hydrocortisone.

Nous n'avons pas pu nous rendre compte d'une différence de degré d'activité entre les deux derniers produits cités ci-dessus. C'est surtout une question de moindre - voire de presque totale absence de réaction méningée qui a fait en général préférer le Phosphate d'Hexadecadrol. Cette question sera du reste évoquée plus loin.

2 - Technique, doses et conduite du traitement

A - La technique est bien connue, c'est celle classique, de la P.L.

effectuée strictement en décubitus latéral, à jeun.

Nous insisterons à nouveau sur la nécessité absolue d'une asepsie extrêmement rigoureuse de l'opérateur et de ses instruments.

- La Pression du L.C.R. est vérifiée au manomètre de Claude et notée à chaque P.L.

- Une petite quantité de L.C.R. est prélevée avant chaque injection pour analyse.

- On prescrit ensuite au malade un repos allongé, tête basse, de quelques heures.

La plupart du temps il n'a pas été pratiqué de prémédication ; chez quelques malades seulement, on administra auparavant 25 à 50 mg de Promethazine.

B - Doses : elles ont été généralement les suivantes :

- pour l'Hydrocortisone : 50 mg par injection
- pour la DeltaHydrocortisone : 50 mg par injection
- pour l'Hexadecadrol : 8 mg par injection.

C - Rythme des Injections :

Les IR ont été et sont pratiquées en général par séries de 3 à 6, à raison d'une IR tous les deux ou trois jours.

Les séries sont effectuées à intervalles très variables, entre un et plusieurs mois. Leur fréquence est un peu évaluée "à la demande", selon les résultats obtenus antérieurement, ou le mode évolutif de la maladie : poussées, périodes stationnaires ou régressions.

De nouvelles séries ont été ainsi pratiquées, soit pour consolider un résultat obtenu, soit pour lutter contre une poussée évolutive. Quoiqu'il en soit, cette thérapeutique a un caractère discontinu.

CH A P I T R E V

INCIDENCES BIOLOGIQUES DE LA CORTICOTHERAPIE INTRARACHIDIENNE

Deux séries de faits peuvent être étudiées :

- 1 - Quelle est la réaction de la méninge à l'introduction du principe thérapeutique.
- 2 - Quelles sont les réactions générales humorales et hormonales observées, ou susceptibles de l'être.

I - La réaction méningée a été soigneusement étudiée dans tous les cas faisant l'objet de ce travail. Avant chaque injection une certaine quantité de L.C.R. était prélevée aux fins d'analyse chimique et cytologique.

A - CYTOLOGIE : les variations quantitatives et qualitatives se sont révélées d'une manière générale très peu importantes et de caractère fugace, même chez les malades ayant reçu une grande quantité d'I.R.. Dans la plupart des cas le nombre d'éléments oscille entre 1 et 20 environ. Quelques rares prélèvements ont montré des chiffres plus élevés, jusqu'à une cinquantaine environ, mais sans jamais que cette élévation présente un caractère permanent. Qualitativement il s'agit en général de lymphocytes ou moins souvent d'une formule "panachée" avec prédominance de lymphocytes par rapport aux poïnucléaires.

B - CHIMIE : il s'agit essentiellement du dosage de l'albuminorachie. Les chiffres de cette dernière ont oscillé dans la plupart des cas entre 0,15 et 0,40 gr./litre.

Quelques très rares augmentations, jusqu'à 1,20 gr./litre ont été observées, mais rétrocedant aussitôt à des chiffres voisins de la normale.

Si l'on compare les réactions de la méninge vis à vis des deux produits les plus fréquemment employés (les deux seuls depuis deux ans) : - Deltahydrocortisone

- Phosphate d'Hexadécadrol

on constate à l'usage que le Phosphate d'Hexadécadrol ne donne pratiquement jamais de réaction cellulaire, alors que la Delta-Hydrocortisone en donne presque toujours une légère.

D - PRESSION DU L.C.R. Nous avons constaté avec une certaine fréquence, lors des séries d'I.R., une baisse de la Tension du L.C.R. mesurée au manomètre de Claude, se produisant à partir de la troisième I.R. environ.

Il n'a jamais été constaté d'augmentation pathologique de la pression du L.C.R.

Ces diverses constatations, qui confirment la majorité des travaux antérieurs, peuvent faire conclure à la très faible incidence des I.R. sur le L.C.R.

II - Les Réactions générales, Humorales ou hormonales

Celles-ci ont été étudiées ces dernières années par plusieurs auteurs.

SKINHOJ et BUUS avaient observé qu'une injection I.R. unique de 100mgr d'Hydrocortisone ne provoquait aucune modification de l'élimination urinaire des 17-Cétostéroïdes.

TURON et Coll. constatèrent par contre, après l'injection I.R. de 50 mgr d'Hydrocortisone, une baisse notable des 17 céto urinaires chez la plupart des sujets étudiés.

LOUYOT et Coll. après une I.R. de 4 mgr d'Hexadécadrol trouvent une chute sensible mais transitoire des 17 Hydroxystéroïdes, mais un abaissement plus inconstant des 17 céto.

MENDELSBERG, dans sa thèse, signale des abaisssements nets des 17 céto stéroïdes après Hydrocortisone I.R.

Nous avons chez une malade, (obs. n° 38), effectué le dosage de l'élimination urinaire des 17 Céto stéroïdes, avant et après l'injection I.R. de 8 mgr d'Hexadécadrol. Ces chiffres se sont trouvés un peu abaissés, passant de 3,5 mgr avant l'I.R. à 3 mgr 24 heures après celle-ci.

Plusieurs auteurs ont aussi remarqué des baisses passagères de la diurèse. Nous en avons nous-mêmes observés quelques unes, mais faibles, et bien sur sans caractère permanent, ni pathologique.

Le dosage des électrolytes du sang n'a pas été systématiquement étudié ici. Un seul dosage fut effectué (Obs. n° 38). Il montrait une légère baisse du K^+ sanguin, qui passe de 160 mgr à 140 mgr après une I.R. de 8 mgr d'Hexadécadrol. Dans ce même cas, le Na^+ baissait aussi un peu, de 3,20 gr à 3 gr, le Cl^- restant inchangé.

Aucune modification de la glycémie n'a été observée.

Nous n'avons du reste, et ceci confirme les travaux antérieurs, jamais observé d'incidents ou d'accidents généraux imputables à la corticothérapie.

Il n'y a jamais eu de rétention sodée, et il n'a pas été nécessaire d'imposer de régime sans sel.

CONTRE-INDICATIONS

Ce sont celles, bien connues, de la corticothérapie en général. L'état de grossesse ne constitue pas une contre-indication. Dans une de nos observations (n° 39) la malade, enceinte, a subi deux séries d'I.R. d'Hexadécadrol respectivement aux 4è et 6è mois de sa grossesse sans troubles.

Une contre-indication particulière peut être observée : c'est celle causée par l'apparition d'escarres sacrées; les risques de contamination du point d'injection obligent à renoncer à cette voie d'administration. Dans trois de nos observations (n° 9, 45, 46) il a été nécessaire d'interrompre pour cette raison les injections I.R..

douleur rétrocede au maximum dans l'heure qui suit.

Il nous a paru vraisemblable de penser que cette douleur puisse être due aux additifs qui accompagne le produit en solution.

Quelle qu'en soit l'origine, cette réaction douloureuse semble particulière à l'Hexadécadrol. Elle survient soit à la première injection, soit aux suivantes, et oblige parfois à recourir à l'emploi, par la suite, de la Deltahydrocortisone.

B - Les Accidents

Ils sont exceptionnels.

Un seul fut observé, sur les quelques 800 injections relatées ici. Il s'agit d'une méningite aiguë (Observation n°5) due à une faute d'asepsie, heureusement très rapidement curable grâce à un traitement antibiotique énergique, et qui resta sans lendemain : chez ce malade, on pouvait un mois plus tard reprendre les I.R. d'Hexadécadrol, sans incident.

ASSOCIATIONS : Divers traitements ont été prescrits en dehors des séries de corticoïdes par voies Intrarachidienne :

- Corticoïdes per os
- A.C.T.H.
- A.D.N.
- Vitamines diverses dont la vitamine B₁₂.

Signalons que certains des malades observés ont essayé de leur côté, occasionnellement, divers autres traitements : antibiothérapie prolongée, bains d'algues, cures thermales, Rimifon, Sulfamides hypoglycémisants. Aucun de ces traitements, lorsque nous en avons pu constater les effets, ne nous a paru influencer l'état de ces malades.

C H A P I T R E V I I

PROBLEME DE L'EVALUATION DE L'EFFET THERAPEUTIQUE

Il est évidemment d'une très grande importance.

En effet le mode évolutif propre de l'affection, la variabilité des symptômes, son évolution par poussées entrecoupées de périodes de régressions spontanées, ne facilitent pas l'appréciation de la valeur réelle d'une thérapeutique. Dès qu'un traitement paraît actif, ce n'est pas, le plus souvent, sans arrière pensée restrictive que l'on admet son rôle dans l'amélioration observée.

Aussi doit-on considérer la question sous deux aspects différents :

- Le premier, celui de l'évaluation à chaque moment de la maladie, de l'état du malade : Est-il mieux ? Son état est-il aggravé ? Et, s'il y a lieu, la modification est-elle réelle et significative ?
- Le deuxième est particulier au caractère de la maladie : il faut tenter de démêler en quoi les modifications de l'état du malade sont liées ou non à la thérapeutique. Et pour cela, préciser la tendance évolutive qui précède et qui suivra l'acte thérapeutique.

Dans les observations recueillies pour notre travail, chaque évaluation de l'état des malades a été conduite d'un double point de vue :

- 1 - Evaluer globalement à chaque examen, en le comparant avec les derniers examens, l'état fonctionnel du malade.

2 - Un bilan neurologique précis est établi à chaque examen, à l'aide d'une cotation, où l'absence, la présence et l'intensité des signes rencontrés sont consignés sur un imprimé standard.

C'est ainsi qu'on été cotés, pour chaque membre : hypertonie, flexion passive, ballant du pied et de la main, les clonus, les réflexes d'automatisme en flexion et en extension, les réflexes cutanés, la force musculaire. De même sont évalués la dysmétrie, la diadococinésie, l'équilibre et les autres signes observés. On obtient des bilans relativement précis et objectifs qui permettent de solides points de comparaison lors de différents stades de l'évolution.

Ces bilan répétés complètent l'évaluation parfois entachée de subjectivisme de l'état fonctionnel du malade :

possibilité et aisance de la marche, fatigabilité, gestes, activité quotidienne et professionnelle; troubles sensoriels et sensitifs.

Il faut noter cependant que c'est cet état fonctionnel qui est ressenti et "vécu" par le malade, et que c'est son amélioration qui l'intéresse.

Les examens ont été effectués avant chaque série d'I.R., immédiatement après celle-ci, et à intervalles variables ensuite.

CHAPITRE VIII

QUELQUES DONNEES NUMERIQUES SUR LES CAS ETUDIES

- Nombre de cas : 48
- Répartition par sexe
 - Femmes 26
 - Hommes 22
- Age moyen des malades au début de leur affection : 31 ans
- Agés extrêmes de début :
 - 17 ans
 - 44 ans

Ces chiffres correspondent à ceux généralement observés dans les statistiques concernant la Sclérose en Plaques.

- Durée moyenne de l'affection lors du début du traitement I.R.

7 ans

- Plus de la moitié (56 %) des malades étaient atteints depuis 5 ans ou plus
- 44 % des malades étaient atteints depuis moins de 5 ans
- 16 % du total seulement étaient des formes très jeunes, évoluant depuis 2 ans ou moins.

Ces chiffres montrent que parmi les 48 cas étudiés, la majorité sont des S.E.P. évoluant depuis un temps assez long.

- Nombre d'injections IR effectuées au total : 800 environ
 - . Certains malades étudiés n'ont eu que 3 IR
 - . D'autres ont subi de nombreuses séries, totalisant jusqu'à une cinquantaine d'injections IR.

CH A P I T R E I X

ETUDE DES 48 CAS

Nous avons résumé chaque observation en suivant le schéma suivant :

- 1 - Indications sur l'évolution de la maladie qui a précédé le traitement par corticostéroïdes L.R.
- 2 - Description résumée de l'état neurologique du patient au moment de la mise en train du traitement.
- 3 - Description résumée chronologique de l'évolution ultérieure
- 4 - Conclusion succincte

X

X X

OBSERVATION N° 1

Madame FON... Jacqueline, 30 ans.

SEP ayant débuté il y a 5 ans, à l'âge de 25 ans. L'évolution, depuis lors, a été lentement progressive, sans notion de régression ni spontanée ni thérapeutique.

21 Mai 1961 : l'examen montre une marche maladroite, titubante, avec élargissement du polygone ; traîne la jambe gauche.

S. Pyramidaux : M.I. : Barré et Mingazzini très nets à gauche
Réflexes Ost.Tend. vifs et polycinétiques, surtout à G.
Clonus du pied gauche. Babinski très net à gauche.
R. cutanés abdominaux abolis.

S. Cerebello-Labyr. : dysmétrie prédominante à gauche, avec adiado-cocinésie. Stewart Holmes bilatéral. Oscillations au Romberg. Quelques secousses nystagmiques.

Sensibilité : Paresthésies dans la jambe gauche.

Paires craniennes : R. velo-palatin aboli. Grosse diminution de l'acuité visuelle.

Tr. psychiques avec tendance dépressive et instabilité.

Traitement : 7 IR Hexadecadrol : 8 mg LCR inchangé

Tolérance : quelques céphalées dues à hypotension du LCR

Résultats : l'amélioration porte surtout sur l'atteinte pyramidale : la marche est beaucoup plus facile. Ne traine plus la jambe, les réflexes moins vifs, les clonus ont disparu. Amélioration également sur la dysmétrie des MS.

Juin 1960 : Tt 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Oct. 1960 : Tt 3 IR Deltahydrocortisone 50 mg

Résultats : amélioration également sensible. Marche plus aisée, moins spastique. Parcourt les distances importantes. Les troubles cérébelleux sont également améliorés. Garde cependant des signes diffus.

En résumé : Améliorations objectives nettes et persistantes à chaque série d'I.R. dans une forme d'intensité moyenne, qui n'avait jusqu'alors pas présenté de rémissions depuis 4 ans.

x

x x

OBSERVATION N° 2
=====

Monsieur ORA... Raymond, 34 ans.

SEP dont le début remonte à 11 ans, à l'âge de 23 ans. Depuis 1955, absorbe des corticoïdes per os de manière quasi continue. Depuis cette date également, son état se dégrade de façon lente mais continue.

30 Mai 1960 : l'examen montre : la marche est difficile, cérébello-spasmodique, avec latero-pulsions. Vertiges intenses.

S. Pyramidaux : frustes aux M.S.

aux M.I. : importants. S. de Barré et Mingazzini.

R.O.T. très vifs. Clonus inépuisables des deux côtés.

S. de Babinski ++ surtout à gauche

Cutanés abdominaux abolis.

S. Cerebello-Labyr. : dysmétrie très importante, surtout à gauche.

Adiadococinésie à gauche. Nystagmus bilatéral. Déviation des index à gauche.

Sensibilité : gros troubles de la sensibilité profonde, et paresthésies (fourmillements) aux M.I.

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance : très bonne LCR inchangé

Résultats : marche, équilibre, S. cerebelleux améliorés, mais de façon peu spectaculaire.

Juin 1960 (un mois après) : recommence à se dégrader :

- La force musculaire est très diminuée à gauche
- la spasmodicité a augmenté
- asynergie, dysmétrie, adiadococinésie, tremblement d'action et déséquilibre sont très nets
- s'ajoutent des troubles des paires oculomotrices.

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 8 mg, bien tolérés

Résultats : Nette amélioration :

la marche et l'équilibre sont bien meilleurs

la F.M. à gauche est redevenue presque normale

les clonus ont disparu

les tr. cerebelleux ont peu changé, mais le tremblement a cessé

Fin Juillet 1960 : revient un peu dégradé depuis peu.

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 8 mg Bien tolérés

Résultat : bilan amélioré.

Septembre 1960 :

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg Bien tolérées

Résultat : petites améliorations sur tous les signes

Les trois mois suivants : essaie divers traitements à l'étranger, mais sans succès, puis petit à petit se dégrade.

Décembre 1960 : l'examen le montre très contracturé, très spastique, avec des S. Cerebelleux importants. La marche est très difficile, même avec appui.

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 8 mg Bien tolérées

Résultats : bonne amélioration fonctionnelle, le bilan neurologique est aussi meilleur.

Quelques jours après : 4 IR Deltahydrocortisone 50 mg

L'amélioration fonctionnelle et objective se poursuit pendant deux mois, puis nouvelle dégradation progressive.

Mars 1961 : 3 IR Hexadecadrol 8 mg Bien tolérées

donnent dans l'ensemble une amélioration assez nette tant fonctionnelle qu'objective .

Mai 1961 : l'état est stationnaire, plutôt meilleur

Traitement : 4 IR Hexadecadrol 8 mg Bien tolérées

Résultat : stationnaire.

Juin 1961 : 5 IR Hexadecadrol 8 mg Bien tolérées

Résultat : assez bon : marche facilitée, bien meilleur équilibre.

Septembre 1961 : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Résultat : amélioration fonctionnelle minime.

le bilan neurologique montre cependant quelques améliorations nettes sur les S. pyramidaux et cerebelleux.

Conclusion : Sur cette forme sévère, d'évolution très progressive, chaque série d'I.R. amène une récupération fonctionnelle nette, quoique partielle.

OBSERVATION N° 3

Monsieur DUT... Michel, 30 ans.

SEP dont le début remonte à 2 ans, à l'âge de 28 ans, par des paresthésies des membres inférieurs et des troubles de la marche qui s'accroissent très progressivement.

17 Mars 1961 : Examen : la marche est difficile, spastique, avec "fauchage" prédominant à droite.

S. Pyramidal : M.I. : hyperréflexivité bilatérale, S. de Babinski bilatéral plus fort à droite. Hypertonie modérée
Aux M.S. : réflexes vifs.

S. Cerebello-labyr. : dysmétrie aux M.S. Nystagmus horizontal.

Sensibilité : Paresthésies ; diapason non perçu aux M.I.

Paires craniennes et sphincters intacts

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance : bonne LCR : légère hyperalbuminose passagère

Résultats : bonne amélioration fonctionnelle : marche meilleure, meilleur équilibre. Un mois après, l'amélioration se poursuit, bien qu'il n'y ait de modification nette du bilan neurologique.

Mai 1961 : Traitement 6 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance bonne

Résultats : l'amélioration se poursuit et sera maintenue 3 mois après. La marche est plus facile, le malade peut un peu courir, monter les marches 2 à 2. La marche est cependant un peu spastique à droite. Le bilan neurologique objective aussi cette amélioration fonctionnelle.

Conclusion : Dans une forme jeune, amélioration sensible au cours d'une poussée de moyenne importance mais d'évolution progressive.

OBSERVATION N° 4

Madame TRO... Albertine 46 ans

SEP ayant débuté il y a 3 ans environ, à l'âge de 43 ans, par des troubles de la vue (diplopie), des troubles auditifs et de l'équilibre. Depuis, plusieurs poussées presque uniquement sensitives, à type de paresthésies et de douleurs. Au début, il existe des régressions spontanées, mais les troubles par la suite s'installent sans rémission.

Juillet 1960 : Traitement 6 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance bonne

Résultats : amélioration assez nette ; les paresthésies sont atténuées, il y a récupération de la sensibilité tactile. L'amélioration persiste 6 mois.

Mars 1961 : nouvelle poussée également sensitive.

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Résultat : amélioration subjective des troubles. Cette amélioration va durer deux mois environ.

Conclusion : Dans une forme de type pratiquement uniquement sensitive, amélioration sensible à une première série, peu nette lors d'une seconde.

x

x x

OBSERVATION N° 5

Monsieur SPO... Abraham 42 ans.

SEP ayant débuté il y a 3 ans environ.

L'évolution semble avoir été assez progressive.

Janvier 1959 : Examen : la marche est un peu hésitante et spastique

S. Pyramidaux : aux M.I. : la f. musculaire est conservée. Les réflexes sont très vifs, les clonus inépuisables. Le signe de Babinski est bilatéral.

Aux M.S. : hyperréflexivité, Hoffmann bilatéral.

S. Cerebello-labyr. : dysmétrie et adiadococinésie.

S. de Stewart Holmes des deux côtés.

Nystagmus horizontal à droite.

Sensibilité et sphincters normaux :

Paires craniennes : baisse de la vision de l'O.D.

Traitement : 6 IR Hydrocortisone 50 mg Tolérance bonne

Résultats : amélioration fonctionnelle très discrète et qui ne dure pas, deux mois après l'état est aggravé

Avril 1960 : 6 IR d'Hydrocortisone 50 mg n'amènent encore qu'une amélioration minime.

De Juillet 1960 à Octobre 1960 : 12 IR Hexadecadrol 8 mg (en 3 séries à un mois d'intervalle) n'amènent que des améliorations légères, où pendant quelques temps le malade marche un peu mieux.

A la dernière IR, un accident : Méningite aiguë qui va guérir en une dizaine de jours sous l'influence d'un traitement antibiotique énergique.

De Janvier 1961 à Mai 1961

3 séries de 3 IR Hexadecadrol 8 mg

amènent des améliorations fonctionnelles légères, mais dont les résultats ne durent qu'un mois environ, avant de rechuter au stade antérieur.

Conclusion : sur une forme grave et d'évolution assez constamment progressive, chaque série d'IR n'amène qu'une rémission passagère et très incomplète des signes.

A noter un accident d'asepsie, occasionnant une méningite aiguë, guérie très rapidement, sans suites.

OBSERVATION N° 6

Madame MIL... Trieste, 57 ans (Citée dans la thèse de Mme Clément)

SEP ayant débuté il y a 16 ans, à l'âge de 41 ans. L'évolution en a été assez progressive ; la paraplégie rendant cette malade grabataire en 1955.

Mai 1955 : 24 IR d'Hydrocortisone amenaient une amélioration spectaculaire dans cette forme ancienne et stabilisée : dès la 6ème injection la malade pouvait se lever seule, marcher, et faire le demi-tour sans appui, monter et descendre un escalier. Objectivement l'examen montrait une récupération de la force musculaire, une diminution de l'hypertonie et de l'hyperéfectivité.
Cette amélioration durera un an et demi.

De 1957 à 1961 : l'état de cette malade va se dégrader peu à peu

Mai 1961 :

Traitement : 10 IR Hexadecadrol 8 mg

Résultats : l'amélioration est cette fois très réduite.

Conclusion : il y a 6 ans, amélioration spectaculaire ayant duré un an et demi, sur une forme dont l'état était fixé depuis plusieurs années.
Un traitement récent n'apporte que des résultats minimes.

X

X X

OBSERVATION N° 7

Mademoiselle LEG... Monique, 20 ans

SEP ayant débuté il y a 3 ans, à l'âge de 18 ans, par des troubles oculaires, des vertiges, une surdité. Des troubles de la marche s'installent progressivement en 1959.

Fin Mai 1960 : la marche est impossible seule, difficile avec appui, cerebello-spasmodique, avec grand déséquilibre. Ne peut presque pas se servir de ses mains.

S. Pyramidal est très important. Les réflexes sont très vifs, les clonus sont inépuisables, le S. de Babinski bilatéral. Fort réflexe d'automatisme en extension.

S. Cerebello-Labyr. : forte dysmétrie aux 4 membres
Adiadococinésie bilatérale. Nystagmus bilatéral.

Paires craniennes : vision diminuée.

Sphincters : pas de troubles.

Traitement : 9 IR Hexadecadrol 8 mg
Tolérance très bonne LCR inchangé

Résultats : l'amélioration débute au bout de quelques injections.

La rigidité est moins grande. La marche est meilleure, fait maintenant quelques pas sans appui. Très bonne récupération de l'usage des M. supérieurs. La dysmétrie a diminué, les marionnettes sont presque normales. Vision améliorée.

Fin Juin 1960 : Traitement : 5 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR Normal

Résultat : l'amélioration fonctionnelle se poursuit, confirmée par l'examen neurologique.

De Juillet 1960 à Juillet 1961, 10 séries de 3 IR Hexadecadrol chacune soit environ une série chaque mois.

Résultats : l'état neurologique va rester sensiblement stationnaire.

Conclusion : Dans une forme jeune et fortement évolutive, chaque série d'I.R. apporte des améliorations, parfois nettes, parfois minimes.

OBSERVATION N° 8

=====

Monsieur TRO... Lucien, 46 ans

SEP ayant débuté il y a 5 ans environ, à l'âge de 41 ans, par des troubles moteurs et de l'équilibre. Poussées successives avec atteinte de paires craniennes, qui régressent de moins en moins .

Décembre 1960 : la marche est impossible sans aide, cerebello-spasmodique, avec gros troubles de l'équilibre.

S. Pyramidaux : S. de Barré et Mingazzini aux 2 membres inférieurs

Forte hypertonie et Hyperréflexivité bilatérale

S. de Babinski et de Rossolimo bilatéraux

Clonus inépuisables Cutanés abdominaux abolis.

Aux M.S. les réflexes sont aussi très vifs.

S. Cerebello-Labyr. Dysmétrie et hypermétrie importantes

Paires craniennes : parésies des VI et VII droits

Sphincters : incontinence.

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance : très bonne

Résultats : immédiats et à distance : nuls. L'état et l'examen ne montrent aucun changement.

Juillet 1961 : Aggravation portant surtout sur les troubles cerebelleux.

Traitement : 4 IR Hexadecadrol 8 mg Tolérance très bonne

Résultats : très légère amélioration portant sur la contracture.

Conclusion : Résultats nuls ou presque sur une forme importante et d'évolution relativement rapide.

X

X X

OBSERVATION N° 9
=====

Madame PER... Augustine, 45 ans.

SEP ayant débuté il y a 11 ans, à l'âge de 34 ans. Notion de poussées irrégulièrement régressives.

Juin 1958 : poussée ayant débuté récemment. L'examen montre :

S. Pyramidaux : la paraplégie prédomine à droite, avec hyperréflexivité, Babinski droit, cutanés abdominaux abolis
Aux MS les réflexes sont très vifs à droite.

S. Cerebello-Labyr. : dysmétrie, incoordination motrice, Romberg important.

Sensibilité : hypoesthésie de la main droite

Paires craniennes : paralysie laryngée droite et troubles de la parole.

Traitement : 2 IR Hydrocortisone (à 8 jours d'intervalle)

Résultats : très bons résultats sur la marche et l'équilibre, que confirme le bilan neurologique : les réflexes sont moins vifs, le S. de Babinski droit a disparu.

Septembre 1958 : Traitement : 2 IR Hydrocortisone de consolidation

L'amélioration franche se maintient les 2 mois suivants.

De Décembre 1958 à Mai 1959, une rechute progressive se dessine, et en mai 1959, la marche est devenue impossible. Il existe une forte hypertension des 2 M.I., mais le déficit moteur et les troubles sensitifs prédominent à droite.

Traitement : 3 IR Hydrocortisone 50 mg

qui amènent une amélioration fonctionnelle nette, quoique moins importante que la série précédente.

Octobre 1959 : Nouvelle rechute qui rend la malade grabataire et où s'ajoutent des atteintes des N. craniens.

Traitement : 8 IR Hydrocortisone 50 mg (1 par semaine)

Résultats : nouvelle et très sensible amélioration fonctionnelle qu'objectivent les examens neurologiques. La malade retrouve une activité appréciable. Cette amélioration va durer trois mois, puis une nouvelle dégradation s'installe progressivement.

Juin 1960 : la marche est alors impossible sans soutien. La paraplégie prédomine à droite, et des troubles cérébelleux importants s'ajoutent à ce tableau.

Traitement : 12 IR Hydrocortisone (réparties sur 4 mois)

Résultats : amélioration sensible au début, mais beaucoup plus lente par la suite. L'amélioration sera plus sensible sur les troubles de dernière apparition.

Mars 1961 : Nouvelle dégradation progressive. Des gros troubles de l'équilibre s'ajoutent à la paraplégie aggravée.

Traitement : 4 IR Hydrocortisone 50 mg

Résultats : nouvelle et sensible amélioration.

Aout 1961 : Nouvelle et grave rechute : cette nouvelle poussée est de topographie surtout gauche, et la malade est alors complètement grabataire.

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 8 mg

Résultats : presque nuls. Peu de temps après, reprise de l'aggravation progressive.

Conclusion : sur une forme d'assez forte intensité évoluant depuis 11 ans, plusieurs cures amènent des améliorations nettes. Mais les dernières n'ont que peu ou pas d'effet.

OBSERVATION N° 10
=====

Madame AUG... Odette 37 ans.

SEP dont le début semble remonter à 4 ans, à l'âge de 34 ans.

Depuis 2 ans son état ne montre ni amélioration, ni régression.

21 Mars 1960 : Examen : la marche cerebello-spasmodique est très difficile, impossible sans se retenir aux meubles. La station debout est également impossible sans appui.

S. Pyramidaux : important déficit moteur aux M.I., avec Barré et Mingazzini droit et gauche. Forte hypertonie.
Réflexes vifs des deux côtés. Babinski bilatéral.
Cutanés abdominaux abolis.

S. Cerebello-Labyr. : dysmétrie de faible intensité
Nystagmus bilatéral

Sensibilité : diapason aboli au M.I. gauche

Traitement : 8 IR Hexadecadrol 8 mg (1 tous les 2 jours)

Tolérance : bonne LCR normal

Résultats : médiocres ; la marche semble être un peu moins mauvaise, mais le bilan neurologique ne montre guère de modification.

Juin 1960 : Traitement : 4 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance bonne LCR peu ou pas modifié

Résultats : pas d'amélioration.

En conclusion : Résultats médiocres ou nuls dans une forme surtout paraplégique fixée depuis deux ans.

x

x x

OBSERVATION N° 11
=====

Mme COU... Marie, 52 ans.

SEP évoluant depuis 23 ans.

Début à l'âge de 23 ans, avec paresthésies des M.S., puis hémiplégie droite régressant en quelques mois.

Deuxième poussée en 1940 : paraplégie qui régresse en quelques mois, mais laisse des séquelles gênant la marche.

Troisième poussée en 1956, avec :

- démarche cerebello-spasmodique
- paraplégie à prédominance gauche, hypertonie, Babinski et Hofmann bilatéraux
- Signes cerebello-labyrinthiques avec dysmétrie des M.S.
- Baisse de la vision et hypoacousie.

Janvier 1956 : Traitement : 8 IR Hydrocortisone

Résultat : nette amélioration subjective et objective

Mars 1956 : 8 IR Hydrocortisone

Résultat : l'amélioration va persistant, la malade va reprendre une vie quasi normale pendant 4 ans.

1960 : 4^e poussée, sévère, annoncée par des troubles de l'équilibre, puis gêne croissante de la marche.

Décembre 1960 : l'examen montre :

- Marche très difficile avec cannes, démarche de gallinacée

S. Pyramidal très important. Forte hypertonie des M.I.

Réflexes ost. Tend. très vifs, diffusés (prédominance droite)

Rossolomo, Babinski bilatéraux.

Déficit moteur au M.S. droit, Hofmann bilatéral.

S. Cerebello-labyrinthiques peu importants : dysmétrie aux M.S.
surtout à droite.

Sensibilité : diapason très diminué aux M.I.

paresthésies (fourmillements) aux extrémités

Paires craniennes : R. du voile et pharyngé abolis

Traitement : 4 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance : très bonne (sauf la sernière : céphalées dues à une
hypotension rachidienne, soulagée immédiatement par eau
distillée I.V.)

L.C.R. : pas de modification notable de l'albumine et de la cytologie

Résultats : amélioration nette : marche plus aisée

récupération de la force de la main droite

disparition des paresthésies

Objectivement la F.M. est maintenant normale aux M.S.

l'hypertonie des M.I. est moins importante

les réflexes ost. tend. sont moins vifs.

L'amélioration se poursuit ensuite le mois suivant.

Fin Janvier 1960 s'amorce une détérioration

les paresthésies des extrémités reparaissent

la contracture des M.I. s'accentue

apparition de troubles sphinctériens

Traitement : 3 IR Deltahydrocortisone 25 mg

Tolérance : très bonne

LCR inchangé

Résultats : amélioration fonctionnelle nette : marche plus aisée

Objectivement : très nette diminution de la contracture

les clonus disparaissent, les réflexes sont moins
vifs

les troubles sphinctériens s'amendent

l'amélioration se prolonge trois mois.

Début Juin 1961 s'amorce une rechute :

la marche est difficile, impossible sans appui. Forte hypertonie
des M.I., surtout à gauche.

Apparition d'une baisse de l'acuité visuelle

Léger VII droit

Accentuation des troubles cérébelleux, surtout à gauche.

Traitement : 4 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance : très bonne

LCR : pas de modifications notables

Résultats : la marche est meilleure, possible sans appui

les réflexes sont moins vifs. Contracture et clonus
ont diminué. On ne retrouve plus de Babinski à droite.

Octobre 1961 : en rechute depuis quelques jours :

la marche est très difficile, hypertonie des M.I. très forte

Traitement : 7 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance : très bonne

LCR peu ou pas modifié

Résultats bons : la marche est très améliorée, sans aide,

l'hypertonie des M.I. est moins intense

la dysmétrie des MS est très diminuée

les troubles sphinctériens disparaissent.

Conclusion : très bons résultats sur une forte poussée il y a 5 ans.

Résultats moins importants, assez transitoires, mais cependant nets,
sur une forme en aggravation progressive sévère depuis un an et demi.

X

X X

OBSERVATION N° 12
=====

Monsieur TIF... Jean-Pierre, 22 ans.

SEP évoluant depuis 5 ans (début à l'âge de 17 ans) par poussées. Depuis un an la paraplégie est progressive, avec une aggravation brutale en Juin 1961.

24 Juillet 1961 : Examen : la marche est très difficile, très spastique.

S. Pyramidaux : la paraplégie prédomine à droite. Réflexes très vifs.
Babinski bilatéral. Aux M.S. réflexes très vifs.

S. Cerebello-Labyr. : il existe un tremblement statique (secousses cloniques) de la tête et du buste, variable avec les mouvements.

Sensibilité : paresthésies de la face, de la main et du pied gauche

Paires craniennes : baisse de l'acuité visuelle à gauche

Sphincters : quelques troubles

Traitement : 2 IR Hexadecadrol 8 mg, puis :

7 IR Deltahydrocortisone 50 mg

Tolérance : bonne pour les 2°, céphalées avec les frères

LCR non modifié

Résultats : dès la 3ème IR, la marche est meilleure, et les secousses cloniques de la tête diminuent.

L'amélioration se poursuit ensuite : bilan un peu amélioré,
vision meilleure, paresthésies diminuées.

Septembre 1961 : apparition de nouveaux signes :

Sifflements permanents de l'oreille gauche

Nystagmus horizontal bilatéral

Les gestes de la main sont peu assurés et tremblés

R. nauséeux diminué

Les S. d'atteinte pyramidale se sont accentués

Traitement : 2 IR Hexadecadrol 8 mg

4 IR Deltahydrocortisone 50 mg

Tolérance : médiocre (douleurs lombaires) LCR normal

Résultats : amélioration de la marche qui reste encore instable

Diminution des troubles de la miction

Pas de changements nets du bilan neurologique

En conclusion : résultats moyens et peu durables sur une forme évolutive.

OBSERVATION N° 13
=====

Madame LER... Elise, 46 ans.

SEP ayant débuté il y a 4 ans, à l'âge de 46 ans. Depuis lors, plusieurs poussées assez sévères, mais ayant présenté des régressions assez appréciables. Hémiplégie droite depuis un an.

9 Novembre 1959 : Examen : la démarche est un peu spastique.

S. Pyramidaux : diminution diffuse de la F.M. avec S; de Barré et de Mingazzini, surtout à droite. Hyperréflexivité S. de Babinski bilatéral.

S. Cerebello-Labyr. dyspéttrie peu importante, plus nette à droite. S. de Stewart Holmes. Nystagmus bilatéral.

Paires craniennes : diplopie intermittente

Séquelles de parésie faciale à gauche

Hémi-voile tombant, velo-palatin aboli. Voix nasonnée

Déviaton de la langue.

Traitement : 6 IR Deltahydrocortisone 50 mg

Tolérance : très bonne LCR non modifié

On assiste à une légère exacerbation des S. Pyramidaux droits au début du traitement.

Résultats : l'amélioration est très nette : les S. cerebelleux droits ont diminué. Le déficit moteur s'est amendé. Le cutané plantaire gauche se fait maintenant en flexion. Il n'y a plus de diplopie.

20 Février 1960 soit deux mois après, l'amélioration s'est poursuivie, la marche est presque normale. Les cutanés plantaires sont tous les 2 en flexion .

Fin Mars 1960 : la récupération est complète. Seuls persistent des réflexes un peu vifs, une légère dysmétrie et un R. velo-palatin aboli.

Mars, Juin et Septembre 1960 : 3 séries de 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance : bonne LCR non modifié

Résultats : la malade reste en très bon état jusqu'en fin 1960

17 Décembre 1960 :

Nouvelle poussée apparue subitement : reprise des S. pyramidaux à topographie surtout droite, avec S. de Babinski bilatéral mais plus intense à droite.

Traitement : 3 IR deltahydrocortisone 50 mg

Résultats : dès la 3^e IR, amélioration nette, la marche redevient normale, mais persistance du S. de Babinski droit.

Mars 1960 : 3 IR deltahydrocortisone 50 mg

Résultats : un nouveau progrès fonctionnel est observé, mais le bilan neurologique reste sensiblement stationnaire. Même état 6 mois après.

Conclusion : S.E.P. d'intensité assez forte, évoluant par poussées irrégulièrement régressives depuis 4 ans. Très bonnes améliorations à deux reprises :

- une hémiplégie fixée depuis un an rétrocede aussitôt
- une autre poussée est vite jugulée.

x

x X

OBSERVATION N° 14
=====

Madame OHA..., 30 ans.

SEP ayant débuté il y a un an et demi, à 29 ans, par une baisse de l'acuité visuelle, des dérobements des M.I., de la difficulté à la marche, troubles qui vont en s'accroissant, sans rémission nette.

Mars 1961 : la marche est cerebello-spasmodique, hésitante, zigzagante

S. Pyramidaux : la FM est diminuée aux MI, il existe une hypertonie assez importante. Réflexes très vifs, clonus inépuisables, Babinski bilatéral.

S. Cerebello-labyr. : dysmétrie importante aux 4 membres, avec prédominance gauche. Adiadococinésie.

Sensibilité : diapason diminué au MIG

Paires craniennes : velo-palatin droit aboli

Sphincters : pollakiurie

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance : très bonne LCR inchangé

Résultats : la marche est très vite meilleure et moins hésitante.

Objectivement, l'examen neurologique montre des réflexes moins vifs, et une amélioration nette des signes cerebelleux.

Mai 1961 : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne

Résultats : l'amélioration se poursuit, la marche est améliorée.

L'examen neurologique objective les progrès ; les réflexes sont moins vifs, les clonus ne sont qu'ébauchés. Le Babinski droit est douteux, la dysmétrie est minime.

Les 6 mois suivants, l'état reste stationnaire, l'examen neurologique est presque normal.

En résumé : améliorations nettes, quoique modérées, chez une forme récente, mais d'évolution jusqu'alors assez continue.

x

x x

OBSERVATION N° 15
=====

Monsieur JAN... Paul, 42 ans (Cité dans la thèse de Mme Clément)

SEP dont le début remonte à 8 ans, à l'âge de 34 ans.

En Sept. 1955 on notait :

Un syndrome pyramidal peu intense, se traduisant par
une hypertonie modérée des MI
une exagération des ROT plus marquée à gauche avec clonus achi-
l en épuisable à droite, inépuisable à gauche
un S. de Rossolimo léger

Un syndrome cerebelleux minime au MSG : dysmétrie et adiadicocinésie
Des troubles sensitifs à type de brûlure au niveau du pied gauche
Une impuissance génitale.

Traitement : 9 IR Hydrocortisone 50 mg

Tolérance assez bonne

Résultats : légère amélioration fonctionnelle, marche moins saccadée

Janvier 1956

Malade en bon état, se fatigue moins qu'auparavant, conduit son camion
Le bilan neurologique est amélioré :

la marche est normale
disparition de l'hypertonie des MI
R flex. O.T. moins vifs, en particulier clonus achiléen  puis-
able à gauche
Disparition de la dysmétrie du M.S.G.
Activité sexuelle redevenue normale

On notait alors (thèse CLEMENT) en conclusion :

"Bons résultats sur une forme modérée peu évolutive"

Juin 1956 : un bilan neurologique est pratiquement identique

Octobre 1956 : revient assez dégradé, plus hypertonique

Traitement : 3 IR Hydrocortisone 50 mg

Tolérance bonne

LCR non modifié

Résultats : dès la sortie, amélioration fonctionnelle : la marche est bien moins raide. Objectivement, le bilan est amélioré, les réflexes sont moins vifs, le signe de Babinski droit a disparu.

D'Octobre 1956 à Décembre 1959 : reste sensiblement stationnaire.

Reçoit quelques cures intermittentes de corticoïdes per os.

Février 1960 : nouvelle poussée ayant débuté un mois auparavant.

L'aggravation est essentiellement motrice : la marche est difficile, le malade traîne les jambes, surtout la gauche, un automatisme en extension des deux côtés. Les réflexes sont très vifs, diffusés. Les clonus sont inépuisables des 2 côtés. S. de Babinski bilatéral. Peu de signes cerebelleux.

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 4 mg

Tolérance bonne LCR non modifié

Résultats : nette et immédiate amélioration de la marche et de la force musculaire segmentaire
Mais cette amélioration est passagère.

Mai 1960 (2 mois après) : le malade est dans un état identique à ce qu'il était avant la dernière série.

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR non modifié

Résultats : amélioration fonctionnelle : récupération motrice partielle. La dysmétrie du MSG a presque disparu.
Cet état reste stationnaire 8 mois environ.

Février 1961 : nouvelle poussée. La paraplégie est aggravée. La marche est très difficile, le malade ne peut s'asseoir sans aide. L'hyper-tonie des M.I. est très importante, surtout à gauche.

Traitement : 6 IR Deltahydrocortisone 50 mg

Tolérance très bonne LCR non modifié

Résultats : nouvelle amélioration fonctionnelle : la marche est meilleure, le malade s'assied seul facilement.

Le bilan neurologique confirme cette amélioration.

Conclusion :

Il y a 6 ans, bons résultats sur une forme encore modérée et peu évolutive.

Depuis, plusieurs poussées sévères, où chaque série d'IR permet des récupérations fonctionnelles appréciables, mais moins importants qu'auparavant.

x

x x

OBSERVATION N° 16
=====

Monsieur TET... Marcel, 21 ans.

SEP ayant débuté il y a deux ans, à l'âge de 19 ans. Depuis 1960 les troubles vont en s'accroissant.

Aout 1960 : l'examen montre : démarche très spastique, irrégulière.

S. Pyramidaux : très nets aux M.I., prédominant à gauche
avec : diminution de la F.M. surtout sur la flexion
hypertonie modérée
réflexes très vifs
clonus achilléen inépuisable des deux côtés
S. de Babinski et de Rossolimo bilatéraux

S. Cerebelleux peu importants : légère dysmétrie aux MS
Petit nystagmus droit et gauche

Sensibilité : hypoesthésie douloureuse superficielle
Diapason non perçu aux MI

Paires craniennes : intactes

Sphincters : mictions impérieuses

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance : très bonne LCR peu ou pas modifié

Résultats : nette amélioration de la marche, de l'équilibre et de la
la force musculaire

Il n'existe plus de S. de Mingazzini, seul persiste un léger

Barré à gauche

Les réflexes sont moins vifs

Le clonus achilléen s'épuise rapidement

Un mois après, persistance de l'amélioration

Septembre 1960 : 6 IR Hexadecadrol 8 mg

Résultats : sensiblement stationnaire.

Décembre 1960 : depuis quelques temps, semble en rechute, tant que les
S. Pyramidaux que sur les S. cerebelleux.

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR inchangé

Résultats : amélioration de la marche, de l'équilibre et de la coordination

Février 1961 : depuis quelques jours, nouvelle aggravation des mêmes
signes

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Résultat : on n'observe qu'une stabilisation

Avril, Juin, Aout 1961 :

3 séries de 3 IR Hexadecadrol 8 mg : n'amènent que des améliorations
minimes et transitoires de la marche qui reste spastique et ébrieuse.

Conclusion : bon résultat sur une poussée, puis résultats faibles et transitoires, sur une forme grave et évolutive depuis un an.

X

X X

OBSERVATION N° 17
=====

Monsieur DUG... André, 41 ans.

SEP ayant débuté il y a deux ans, à l'âge de 32 ans, par des paresthésies des M.I., une pesanteur des M.I., puis une gêne à la marche. Ces troubles vont en progressant depuis 6 mois.

Avril 1960 : l'examen montre : marche en trainant la jambe gauche.

Léger Romberg.

S. Pyramidaux : M.I. : hyperextensibilité du M.I. gauche

Réflexes plus vifs à gauche, Babinski gauche

Cutanés abdominaux abolis

S. Cerebello-Labyr. : dysmétrie et adiadicocinésie MSG

Nystagmus dans le regard latéral extrême

Sensibilité : hypoesthésie cutanée des M. Inférieurs

Diapason très mal perçu aux MI, fourmillements

Paires craniennes intactes

Troubles sphinctériens : urinaires et constipation

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 4 mg

Tolérance très bonne LCR non modifié

Résultats : nette amélioration : la marche est presque normale.

Le Babinski a disparu. Les S. cerebelleux ont diminué, l'équilibre est très amélioré.

Mai 1960 : l'amélioration se poursuit. La marche est normale. Les troubles sensitifs subjectifs et objectifs ont disparu. Le bilan neurologique confirme cette amélioration. Les troubles sphinctériens ont disparu.

Juin 1960 : Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR inchangé

Résultats : l'amélioration se maintient

De Sept. 1960 à Sept. 1961

Traitement : 3 séries de 3 IR Hexadecadrol 8 mg (total : 9)

Tolérance : très bonne LCR : pratiquement inchangé

Résultats : l'amélioration se poursuit, le malade mène une vie absolument normale. Seuls subsistent des réflexes un peu vifs, et parfois de rares secousses cloniques aux M.I.

Conclusion : bonne amélioration persistante sur une forme jeune et peu intense.

x

x x

OBSERVATION N° 18
=====

Madame LHU... Lydia, 38 ans.

SEP ayant débuté il y a 3 ans, à l'âge de 35 ans, brutalement, par vertiges, vomissements, troubles de l'équilibre, déficit moteur du MI droit, dysarthrie, parésie faciale gauche, paresthésies diverses.

Le 13 Octobre 1959 l'examen montre :

Démarche ébrieuse, élargissement du polygone de sustentation

S. Pyramidaux M.I. : Réflexes OT très vifs des deux côtés

Babinski à gauche

M.S. : S. de la main creuse à droite,

Réflexes vifs des deux côtés

S. cerebello-labyr. : dysmétrie et adiadococinésie à droite

Nystagmus bilatéral.

Sensibilité : diapason aboli aux MI

paresthésies aux deux pieds

Paires craniennes : parésie faciale droite, ptosis gauche

Traitement : 6 IR deltahydrocortisone 50 mg

Tolérance : très bonne LCR peu ou pas modifié

Résultats : nette amélioration : la marche est meilleure

Le Babinski gauche a disparu, l'équilibre est redevenu normal.

La dysmétrie du MSD a diminué,

le nystagmus est épuisable, la parésie du VII a diminué.

Un mois après, l'amélioration persiste.

Novembre 1959 :

Traitement : 3 IR Deltahydrocortisone 50 mg

Tolérance : très bonne LCR non modifié

Résultats : la marche est normale, à peine quelques hésitations au

demi-tour. Seuls persistent : légère diminution de la FM au

MI Gauche, un nystagmus bilatéral et une légère diplopie dans

le regard extrême à gauche.

Janvier 1960 :

Traitement : 3 IR Deltahydrocortisone 50 mg

Tolérance : très bonne LCR inchangé

Résultats : l'amélioration persiste

Mars 1960 : la marche est souple, quelques hésitations au demi-tour

Réflexes vifs aux deux M.I.. Oscillations au Romberg.

Léger ptosis droit

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance : un peu de fatigue LCR inchnagé

Résultats : stationnaire, un peu améliorée. Le ptosis droit a disparu

Restent : une légère instabilité au Romberg

un léger VI droit

Mai 1960 : examen à peu près inchangé

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR inchangé

Résultats : sort stationnaire, en bon état

Juin 1960 : l'état est moins bon depuis quelques jours :

la marche est irrégulière, ébrieuse, le demi-tour pénible
oscillations au Romberg. Dymétrie au MSG

s'ajoutent : ptosis gauche, une parole scandée, un nystagmus

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR inchangé

Résultats : amélioration objective nette : la marche est bien meilleure, presque normale. Stabilité meilleure. Les ROT sont moins vifs. La dymétrie a disparu.

Les ptosis, diplopie, nystagmus ont regressé.

Juillet 1960 : nouvelle rechute prédominant sur l'équilibre, les vertiges avec dymétrie, adiadococinésie. Paresthésies diverses.

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance : bonne. Un incident : une crise de tétanie isolée qui cède rapidement.

Résultat : en fait peu de modifications objectives.

Etat identique pendant deux mois.

Octobre 1960 : Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR peu ou pas modifié

Résultats : amélioration : la marche est normale, le demi-tour correct. Les ROT sont moins vifs. Les marionnettes sont encore un peu difficiles à gauche.

Décembre 1960 : Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne

Résultats : bilan à peu près inchangé. L'état va rester bon pendant 6 mois

Aout 1961 : légère rechute avec : troubles de l'équilibre

lourdeur du MI droit, Barré droit

Quelques troubles sphinctériens.

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR inchangé

Résultats : amélioration minime immédiate, mais peu à peu la marche devient meilleure

Septembre 1961 : la marche et l'équilibre sont meilleurs mais les paresthésies (fourmillements) des MI ont augmenté

Traitement : 4 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR Inchangé

Résultats : bonne amélioration fonctionnelle et objective.

Conclusion : forme d'intensité modérée, mais semblant d'une seule tenue.

Chaque dégradation est améliorée par une série de 3 injections.

x

x x

OBSERVATION N° 19
=====

Madame BOU... , 34 ans.

SEP ayant débuté il y a 6 ans, à l'âge de 28 ans. L'évolution en a été assez régulièrement progressive, sans rémission nette.

5 Mai 1961 : Examen : La marche est devenue pratiquement impossible.

S. Pyramidaux : MI : il existe une grosse diminution de la F.M.

surtout à droite. Hypertonie bilatérale très importante, avec réflexes d'automatisme en flexion et extension. Clonus du pied et de la rotule. Babinski et Rossolimo bilatéraux. Cutanés abdominaux abolis.

MS : Réflexes très vifs. Hoffmann bilatéral. Déficit musculaire important.

S. Cerebello-Labyr. : peu ou pas de dyspéttrie. Quelques secousses nystagmiques.

Sensibilité : paresthésies aux jambes et au M.S. droit
diapason mal perçu aux M.I.

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance : bonne LCR normal

Résultats : dès la 3^e injection :

disparition des paresthésies
la marche redevient possible, quoique encore difficile,
peut à nouveau écrire
réflexes et hypertonie moins importants

En résumé : amélioration fonctionnelle et objective nette chez une mala-
de qui était en constante dégradation depuis deux ans. L'amélioration
persiste 5 mois après.

X

X X

OBSERVATION N° 20
=====

Monsieur GPE... Paul, 43 ans.

SEP dont les premiers signes remontent à 14 ans, mais peu évolutive
jusqu'en 1960. Deux poussées plus sévères en 1960.

Aout 1960 : Examen : la marche est peu aisée, raide ; bute du pied aux
obstacles. Hésitations au demi-tour.

S. PYramidaux : M.I. : Hyperréflexivité symétrique,
Clonus inépuisable des deux côtés; S. de Babinski bilatéral
Cutanés abdominaux abolis.
Aux M.S. : réflexes vifs avec Hoffmann à gauche.

S. Cerebello-Labyr. : dysmétrie et adiadococinésie discrètes des
deux côtés. Nystagmus bilatéral.

Sensibilité : paresthésies importantes aux M.I. et à l'hamiface
droite (fourmillements)
Diapason non perçu aux M.I. Hypoesthésie au tact.

Paires craniennes : intactes, légère dysarthrie

Pas de troubles génitaux ni sphinctériens

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance : bonne LCR non modifié

Résultats immédiats : nette amélioration fonctionnelle

la marche est plus souple, n'élargit plus son polygone

la légère dysmétrie a disparu

diminution des paresthésies

peu de modifications objectives par contre au bilan des S. Pyramidaux.

Octobre 1960 : l'amélioration s'est poursuivie. Le malade, qui a repris son travail, marche normalement.

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance : bonne LCR normal

Résultats : subjectivement se sent mieux. Mais en fait, pas de changement objectivement décelable.

Le malade retourne en province sans traitement.

Sa poussée reprendra son évolution un mois plus tard environ.

Conclusion : Amélioration fonctionnelle nette sur une poussée d'intensité moyenne. Une seconde série n'apporte pas de changement si ce n'est une stabilisation transitoire.

X

X X

OBSERVATION N° 21
=====

Madame MER... Renée, 40 ans.

SEP ayant débuté il y a 2 ans environ, à l'âge de 38 ans. L'évolution semble avoir été progressive, sans rémission nette.

Juin 1960 : démarche très spastique, très difficile

S. Pyramidaux : paraplégie spasmodique importante avec Hyperréflexivité; S. de Babinski bilatéral. Forts automatismes en flexion et en extension. Cutanés abdominaux abolis. Aux M.S. : réflexes vifs et diffusés.

S. Cerebello-Labyr. : sont à minima.

Sensibilité : diapason non perçu au-dessous de la ceinture
Paresthésies de la main gauche.

Sphincters : troubles de la miction, défécation impérieuse

Traitement : 8 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance bonne LCR non modifié

Résultats : la marche est sensiblement améliorée, quoique encore spastique.

Juillet 1960 : Traitement 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Résultats : amélioration très nette de la marche qui se fait presque sans appui. Soulève mieux la jambe droite. Le bilan neurologique reflète aussi cette amélioration fonctionnelle.

De Septembre 1960 à Juillet 1961

Subit 7 séries de 3 IR Hexadecadrol 8 mg soit environ une par mois, toutes bien tolérées.

Résultats : à chaque série, amélioration peu importante mais cependant très sensible.

Conclusion : dans cette forme sévère et sans rémission spontanée, sensible, chaque série apporte une amélioration nette.

x

x x

OBSERVATION N° 22

Monsieur SOL... Hubert, 31 ans.

SEP dont le début remonte à 6 mois, par des paresthésies au bras et à la jambe droite, puis par une diminution de la force musculaire de topographie hémiplégique, prédominant sur les fléchisseurs.

25 Juillet 1961 : Examen : marche en trainant la jambe droite, avec un bon équilibre.

S. Pyramidal : prédomine à droite sans hypertonie. Réflexes vifs.

S. de Babinski et d'Hoffmann à droite. Clonus du pied et de la rotule à droite.

S. Cerebello-Labyr. : réduits à un nystagmus horizontal droit

Paires craniennes : R. nauséux aboli.

Traitement : 7 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR normal

Résultats : dès la 3° IR, récupération des mouvements fins de la main. En fin de cure, récupération quasi totale de la force musculaire. Disparition des paresthésies. Mais pas de modifications des autres S. neurologiques objectifs.

En résumé : Récupération fonctionnelle sensible sur une première poussée d'intensité modeste.

X

X X

OBSERVATION N° 23

Madame TUV... Madeleine.

SEP ayant débuté il y a 5 ans par des troubles progressifs de la marche.

Une régression importante est observée en 1957, puis l'impotence se fait croissante depuis lors.

Mai 1961 : la malade ne marche qu'avec une extrême difficulté, en s'aidant d'une chaise.

Il existe une paraplégie intense, avec contracture permanente, et déficit moteur, surtout aux M. supérieurs.

S. cerebello-labyr. : dysmétrie prédominant à droite, nystagmus, troubles de l'équilibre

Traitement : 5 IR Hexadecadrol 8 mg, et un mois plus tard

4 IR Hexadecadrol 8 mg

Résultats : ces deux séries n'amènent que des modifications minimes et non durables.

Conclusion : Résultats nuls dans une forme de forte intensité et d'évolution assez progressive.

x

x x

OBSERVATION N° 24

Monsieur COUR... Georges, 40 ans.

SEP ayant débuté il y a 12 ans, à l'âge de 28 ans. L'évolution en a été assez irrégulière, d'intensité plutôt modérée. NOMBREUSES poussées et rémissions.

Fin Novembre 1960 : L'état est pratiquement sans grande modification depuis deux ans.

La marche est un peu saccadée, avec élargissement de la base de sustentation.

S. Pyramidaux : bilatéraux et sensiblement symétriques, avec s. de Babinski et d'Hoffmann bilatéraux.

S. Cerebello-Labyr. : Dymétrie prédominant à gauche, assez grand déséquilibre

A signaler : quelques troubles visuels.

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance : bonne

Résultats : minimes et peu objectifs. La dymétrie et l'équilibre sont peut être un peu meilleurs. Mais l'examen reste pratiquement semblable à celui précédant le traitement.

Conclusion : Résultats quasi nuls sur une forme peu évolutive mais fixée depuis de nombreuses années.

x

x x

OBSERVATION N° 25
=====

Madame MAQ... Gillette, 40 ans.

SEP évoluant depuis 4 ans(début à 36 ans) par poussées. Depuis un an, atteinte prédominant au M.I. droit, sans rémission.

Avril 1960 : Examen : la malade traine la jambe droite en marchant.

S. Pyramidaux : à prédominance monoplégique droite

Absence quasi totale de S. Cerebello-labyrinthiques.

Paires craniennes : vision diminuée à gauche

Sensibilité et sphincters normaux.

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR normal

Résultats : très nette amélioration de la monoplégie.

la marche redevient presque bonne.

Juin 1960 : Nouvelle poussée où, cette fois, la jambe gauche est la plus touchée, mais où l'on retrouve aussi une note pyramidale aux M. Sup. ainsi qu'une adiadococinésie et une légère dymétrie à gauche.

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR normal

Résultats : récupération très nette de la marche, la jambe gauche ne traîne plus. "La malade saute à cloche pied, se tient sur la pointe des pieds aisément". Les réflexes sont moins vifs. Les marionnettes sont redevenues normales.

Juillet 1960 : l'examen neurologique est maintenant pratiquement normal; se plaint de paresthésies du M.I. gauche.

On pratique en Juillet et Septembre 1960 2 séries de 3 IR Hexadecadrol
Son état va rester sensiblement inchangé, c'est à dire presque normal pendant les six mois suivants.

Au total : amélioration nette des séquelles motrices d'une poussée datant d'un an. Récupération rapide après une autre poussée.

x

x x

OBSERVATION N° 26
=====

Monsieur DRA... Bernard, 27 ans.

SEP dont le début remonte à 3 ans, à l'âge de 25 ans. L'évolution en a été assez régulièrement progressive, avec troubles de la marche, déséquilibre, diplopie intermittente, paresthésies.

Janvier 1961 : Examen : la marche est instable, et légèrement spastique.

S. Pyramidaux : M.I. : F. musculaire normale. Hyperréflexivité bilatérale, clonus achilléen des 2 côtés.

S. de Babinski bilatéral, Cutanés abdominaux abolis .

S. Cerebello-labyr. : Stewart-Holmes bilatéral

Dysmétrie peu importante. Quelques secousses nystagmiques.

Sensibilité : Paresthésies (fourmillements) aux 2 pieds.

Sphincters : retard à la miction.

Paires craniennes : légère parésie du VI gauche

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 4 mg

Tolérance très bonne LCR non modifié

Résultats : assez bonne amélioration fonctionnelle, prédominant sur les signes cerebelleux.

Mars 1961 : l'amélioration s'est poursuivie, les réflexes sont moins vifs, la marche est maintenant normale.

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR non modifié

Résultats : l'amélioration se poursuit, mais d'une manière plus discrète. Stabilisation.

Conclusion : assez bonne amélioration fonctionnelle sur une forme d'intensité moyenne qui était jusqu'alors assez régulièrement progressive. Stabilisé ensuite.

x

x x

OBSERVATION N° 27
=====

Monsieur THI... Roger, 46 ans.

SEP ayant débuté il y a 9 ans, à l'âge de 37 ans. L'évolution s'est faite par poussées successives, réalisant une courbe en dents de scie où chaque amélioration est suivie d'une rechute plus importante.

2 Novembre 1960 : Examen : la marche est difficile, claudicante et oscillante.

S. Pyramidal : M.I. : la F. musculaire est diminuée des deux côtés, surtout sur les fléchisseurs, Hyperréflexivité.

Clonus achilléen inépuisable. S. de Babinski bilatéral.

S. Cerebello-Labyr. : important trouble de l'équilibre

Dysmétrie importante à gauche avec adiadococinésie.

Sensibilité : diapason aboli aux M.I.

paresthésies importantes des M.I. et aux mains

Sphincters : troubles de la miction

Traitement : 5 IR Hexadecadrol 8 mg

tolérance très bonne LCR normal

Résultats : dès la 2^e infiltration, diminution presque totale des
paresthésies. La marche et l'équilibre sont aussi améliorés, mais
le bilan neurologique ne montre que peu de modifications nettes.

Conclusion : amélioration fonctionnelle nette sur une poussée sévère.

x

x x

OBSERVATION N° 28
=====

Madame SAU... Anne-Marie, 51 ans.

SEP dont le début remonte à 7 ans, à l'âge de 44 ans. Plusieurs poussées
se succèdent, mais à partir de Février 1960, l'état de la malade se dé-
grade de façon continue.

15 Juin 1961 : Examen : la marche et la station debout sont pratiquement
impossibles depuis quelques mois.

S. PYramidaux : M.I. : force musculaire très diminuée, surtout sur
les fléchisseurs. Réflexes vifs. Babinski gauche.

Cutanés abdominaux abolis.

Aux M.S., les signes prédominent aussi à gauche.

S. Cerebello-Labyr. : dysmétrie et adiadococinésie aux 4 membres

Déviations des index; Romberg important, Nystagmus.

Sensibilité : Paresthésies aux 4 membres, diapason et sens de position des orteils perturbés.

Paires craniennes : baisse très importante de l'acuité visuelle (névrite optique) Myosis, dysarthrie.

Sphincters : troubles de la miction.

Traitement : 12 IR Hexadecadrol 8 mg (du 15 Juin au 15 Juillet)

Tolérance assez bonne LCR peu ou pas modifié

Résultats : la marche est un peu améliorée, mais n'est pas encore possible sans aide. L'amélioration est plus nette sur les S. cerebelleux. Paresthésies inchangées.

Aout et Septembre 1961 : 4 IR Hexadecadrol 8 mg puis

6 IR Deltahydrocortisone 25 mg

Tolérance bonne LCR peu modifié

Résultats : la marche est possible en s'aidant de cannes ou d'une chaise. Mais le bilan neurologique ne montre que peu de changements objectifs des S. Pyramidaux. et cerebelleux. La névrite optique semble inchangée.

En conclusion : sur une poussée de très forte intensité, évoluant depuis un an et demi en constante aggravation, amélioration fonctionnelle sensible, bien que le bilan neurologique ne montre pas de substantielles modifications.

x

x x

OBSERVATION N° 29
=====

Madame GOM... Clara, 50 ans.

SEP dont le début remonte à 7 ans, à 43 ans. Depuis 5 ans, l'affection s'aggrave progressivement, avec de très rares et très minimes rémissions.

A subi de nombreux traitements : corticoïdes per os, ACTH, antibiotiques, etc..., se sont révélés inefficaces.

11 Mars 1961 : Examen : la malade est grabataire, ne peut s'asseoir dans son lit sans aide, a du mal à se servir de ses mains.
Il existe une amyotrophie globale des M.I.

S. PYramidaux : M.I. : la paraplégie est très importante, les M.I. sont fixés en extension, la passivité est nulle.
Les clonus sont inépuisables, Babinski bilatéral.
La F.M. est très diminuée tant sur l'extension que sur la flexion.
Cutanés abdominaux abolis .
L'atteinte est plus discrète aux M.S.

S. Cerebello-Labyr. : relativement moindres. Dysmétrie prédominant à gauche. Léger nystagmus.

Paires craniennes : la vision est très diminuée. La lecture est impossible depuis 6 mois. Dysarthrie.

Sensibilité : Paresthésies (fourmillements) aux 4 membres et au tronc. Le diapason est aboli jusqu'à la ceinture

Sphincters : dysurie, incontinence.

Mars 1961 : Traitement : 8 IR Hexadecadrol 8 mg

Avril 1961 : Traitement : 5 IR Hexadecadrol 8 mg

Mai 1961 : Traitement : 8 IR Hexadecadrol 8 mg
Tolérance : très bonne LCR peu modifié

Résultats : peu de temps après le début des infiltrations, l'amélioration est notable :

l'hypertonie est bien moins importante, les clonus ont diminué.
La force musculaire des M.I. est notablement améliorée. La vision est bien meilleure, la malade peut lire. Les troubles sphinctériens ont beaucoup diminué. Au bout d'un mois, la marche quoique difficile et très spastique, est possible avec appui. Par ailleurs, l'E.G. est meilleur, la musculature d'étoffe.

Juin 1961 : Traitement : 5 IR Hexadecadrol 8 mg

L'état est alors stationnaire, sans aucun progrès.

Juillet 1961 : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

qui amènent une légère amélioration subjective et objective.

En résumé : dans une forme sévère, et depuis quelques années en constante aggravation, nette amélioration tant subjective qu'objective.

x

x x

OBSERVATION N° 30
=====

Monsieur TRI... André, 50 ans.

SEP ayant débuté il y a 16 ans, à l'âge de 34 ans. Notion de poussées anciennes. Depuis 10 ans, présente un syndrome pyramidal d'intensité permanente, dont quelques poussées en augmentent la spasticité.

18 Décembre 1956 : une poussée a débuté il y a quelques temps et la paraplégie est très importante.

Traitement : 6 IR Hydrocortisone 50 mg

Tolérance bonne LCR non modifié

Résultats : dès la fin du traitement une amélioration se fait sentir et deux mois après la marche est bien meilleure ; le bilan neurologique confirme cette amélioration fonctionnelle.

Mai 1957 : Traitement : 5 IR Hydrocortisone 50 mg

Le bilan montre encore des améliorations.

Octobre 1957 : Traitement : 6 IR HYdrocortisone 50 mg

L'amélioration va se stabiliser jusqu'à la fin de l'année suivante.

Le malade a repris un travail.

1959 : Dégénération lente mais continue.

Mars 1960 : accentuation des troubles, avec paresthésies aux M.I.

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance bonne LCR peu ou pas modifié

Résultats : la poussée est stoppée, et le bilan va montrer une amélioration et une récupération fonctionnelle appréciable : deux mois après, le malade peut reprendre son travail et une vie quasi normale, et ce jusqu'à la dernière consultation en Octobre 1961

Conclusion : Dans cette forme, d'évolution moyenne, chaque série d'IR apporte des améliorations appréciables qui permettent chaque fois au malade la reprise de son activité, ceci depuis quatre années.

x

x x

OBSERVATION N° 31
=====

Monsieur RIC... Robert, 30 ans.

SEP évoluant depuis 4 ou 5 ans.

22 Juin 1960 : l'examen montre : une démarche difficile, à la fois ébrieuse et spastique. Tendance à la chute.

S. Pyramidaux : M.I. : déficit moteur avec S. de Barré très net à droite. Réflexes rotuliens et achilléens vifs. Clonus bilatéraux.
S. de Babinski et de Rossolimo bilatéraux.
M.S. : ROT vifs, Hoffmann bilatéral.
Cutanés abdominaux abolis.

S. Cerebello-Labyr. : marche très déséquilibrée
Dysmétrie et adiadococinésie prédominante à gauche.
Tremblement d'action au M.S. gauche.

Paires craniennes : parésie III droit
velopalatin et nauséux abolis

Sphincters : mictions impérieuses.

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 8 mg en Juin 1960

6 IR Hexadecadrol 8 mg en Juillet 1960

Tolérance très bonne LCR inchangé

Résultats : amélioration portant surtout sur les signes pyramidaux :
marche améliorée, spasticité très diminuée, F.M. récupérée : il
n'y a plus de S. de Barré.
Equilibre, dysmétrie améliorés, le tremblement disparaît
Les troubles urinaires s'amendent.

En résumé : sur une forme d'intensité assez importante, bonne amélioration fonctionnelle et objective, portant surtout sur les signes d'apparition récente. L'amélioration persiste au moins quatre mois, le malade étant perdu de vue ensuite.

x

x x

OBSERVATION N° 32
=====

Mademoiselle BER... Jacqueline, 25 ans.

SEP dont le début remonte à 2 ans, à l'âge de 23 ans. La deuxième poussée date d'août 1960.

12 Septembre 1960 : La poussée est en voie de régression
à l'examen, la marche est surtout gênée par une lourdeur du M.I. droit

S. Pyramidaux : M.I. : Barré, Mingazzini nets à droite
les ROT sont vifs, surtout à droite. Il existe un
S. de Babinski droit, un clonus du pied et de la rotule à droite
Les R. cutanés abdominaux sont abolis.

S. Cerebello-Labyr. : très frustes, léger nystagmus à droite,
pas de troubles sensitifs, paires craniennes intactes

Sphincters : quelques gènes du sphincter anal

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR normal

Résultats : récupération de la F.M. , la marche est plus facile

Réflexes moins vifs, les clonus rotuliens disparaissent.

Un mois après, la marche est tout à fait normale, le signe de Babinski droit a disparu.

Février 1961 : l'amélioration s'est poursuivie.

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Résultats : va rester sans pratiquement aucun trouble les six mois suivants. L'examen neurologique est stationnaire (Il n'existe que peu d'altérations).

Conclusion : Bonne amélioration (discutable) dans une forme jeune.

x

x x

OBSERVATION N° 33
=====

Madame PER... Madeleine, 48 ans.

SEP dont le début remonte à une vingtaine d'années. L'évolution s'est faite par poussées (mais depuis 15 ans, la paraplégie n'a pas regressé).

Juillet 1960 : Examen : Marche en trainant la jambe droite, en steppant.

Démarche titubante, gros déséquilibre.

S. Pyramidaux : Mingazzini et Barré nets à droite, réflexes très vifs, surtout à droite, Babinski droit.

M.S. : Déficit musculaire à droite, Réflexes vifs
Hoffmann bilatéral, surtout à droite.
Cuatnès abdominaux abolis.

S. Cerebello-Labyr. : Vertiges très importants. Gros déséquilibre.
Dysmétrie et adiadicocinésie surtout à droite.

Sensibilité : paresthésies (brûlures) au MIG

Sphincters et paires craniennes : pratiquement normaux

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance médiocre (céphalées cédant à eau distillée I.V.) puis

3 IR Deltahydrocortisone 50 Mg

Tolérance très bonne LCR normal

Résultats : Démarche plus assurée. Barré et Mingazzini beaucoup moins nets. La dysmétrie disparaît. Les marionnettes sont correctes.
Les vertiges disparaissent.

Aout 1960 : Traitement : 7 IR Hydrocortancyl 25 mg

Tolérance bonne LCR peu ou pas modifié

Résultats : stationnaire. La marche est un peu moins instable et les réflexes un peu moins vifs.

Octobre 1960 : Traitement : 3 IR Hydrocortancyl 50 mg

Tolérance bonne LCR normal

Résultats : nuls. L'hypertonie des M.I. est même un peu plus forte

Décembre 1960 : 3 IR Hydrocortancyl 50 mg

Tolérance assez bonne LCR peu modifié

Résultats : nuls.

Février 1961 : 3 IR Hydrocortancyl 50 mg

Résultats : nuls.

En résumé : sur une forme fixée depuis une quinzaine d'années légères améliorations à une première série, aucune modification ensuite.

OBSERVATION N° 34
=====

Monsieur THE... Paul, 38 ans.

SEP ayant débuté il y a 5 ans, à l'âge de 33 ans. Depuis 3 ans, il n'existe pas de poussées nettes, mais plutôt une aggravation lente et progressive.

25 Mai 1960 : Examen : Démarche festonnante, avec la jambe droite assez raide. Malade fatigué, a du mal à se servir de son M.S. droit.
Céphalées violentes récentes.

S. Pyramidaux : M.I. : Barré et Mingazzini à droite
Réflexes vifs et polycinétiques, surtout à droite; S. de Rossolimo, Mendel, Babinski bilatéraux
Cutanés abdominaux abolis.
M.S. : chute du M.S. droit, réflexes vifs, Hoffmann bilatéral

S. Cerebello-Labyr. : dysmétrie, adiadicocinésie
Nystagmus latéral et vertical

Sensibilité : paresthésies aux M.I. Douleurs lombaires,
céphalées violentes

Traitement : 9 IR Hexadecadrol 8 mg
Tolérance très bonne LCR inchangé

Résultats : amélioration nette : récupération fonctionnelle du bras droit. Marche bien meilleure.
Les S. cerebelleux sont aussi diminués, le nystagmus a disparu.

Aout 1960 : l'amélioration persiste.

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg
Tolérance très bonne LCR inchangé

Résultat : la marche est améliorée, mais peu de modification nette du bilan neurologique.

Cet état est stationnaire les 3 mois qui suivent.

En conclusion : Nette amélioration dans une forme sans rémission depuis trois ans. Etat stationnaire ensuite.

OBSERVATION N° 35

Mademoiselle CHA... Rosine, 20 ans.

SEP dont le début remonte à 2 ans, à l'âge de 18 ans, évoluant par poussées incomplètement régressives.

6 Avril 1961 : une nouvelle poussée a débuté 10 jours avant.

Examen : la marche est difficile, cerebello-spasmodique

S. Pyramidaux : aux M.I. : il existe un S. de Barré, surtout à droite
La F.M. des quadriceps est diminuée. Hyperréflexivité bilatérale.
Babinski bilatéral. Clonus achilléen. Réflexes d'automatisme en
extension surtout à gauche. Cutanés abdominaux abolis.

S. Cerebello-Labyr. : sont a minima mais important Romberg.

Sensibilité : paresthésies prédominant au MI droit.

Troubles de la sensibilité profonde aux M. Inférieurs

Traitement : 6 IR Deltahydrocortisone 50 mg

Tolérance très bonne LCR non modifié

Résultats : amélioration de la marche, diminution de la vivacité
des réflexes, disparition des clonus. Mais ces modifications
sont légères.

Conclusion : résultats faibles sur une forme jeune en poussée.

X

X X

OBSERVATION N° 36

Madame LAV..., 48 ans.

SEP ayant débuté il y a 16 ans, à l'âge de 32 ans. L'évolution s'est
faite par poussées espacées, incomplètement régressives. La dernière
poussée semble dater de trois mois, en Juin 1960.

Octobre 1960

La marche est difficile, cerebello-spasmodique.

S. Pyramidaux : il existe un déficit moteur prédominant à droite, avec hypertonie droite. L'hyperréflexivité est surtout marquée à droite, il existe des réflexes d'automatismes en flexion et extension des deux côtés. S. de Babinski et d'Hoffmann bilatéraux. Cutanés abdominaux abolis.

S. Cerebello-Labyr. : dysmétrie et adiadococinésie modérées.

Sensibilité : paresthésies (fourmillements) aux 4 membres.
Quelques troubles objectifs de la sensibilité profonde.

Sphincters : dysurie.

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 8 mg Tolérance bonne

Résultats : aucun changement net ni de l'état fonctionnel ni de l'examen neurologique.

Conclusion : résultats nuls sur une forme ancienne et d'intensité moyenne,
dont la dernière poussée remonte à trois mois.

x

x x

OBSERVATION N° 37
=====

Monsieur HAR... Robert, 44 ans.

SEP ayant débuté il y a 5 ans, à l'âge de 39 ans, par une parésie des membres supérieur et inférieur droits, avec paresthésies, et troubles de l'équilibre. Depuis plusieurs années, l'évolution montre une dégradation quasi continue, sans rémissions nettes.

Mars 1958 : Traitement : 6 IR Hydrocortisone 50 mg Tolérance bonne

Résultats : pas de modification nette. L'état va rester pratiquement inchangé pendant 9 mois, puis de nouveau s'installe une dégradation insensible.

Mars 1959 : Traitement : 3 IR Deltahydrocortisone 50 mg

Résultats : nuls.

Mai 1960 : Traitement : 9 Hexadecadrol 8 mg Tolérance bonne

Résultats : très légère amélioration fonctionnelle, portant sur la marche, qui est un peu moins spastique. Objectivement, on constate la disparition des clonus achilléens qui étaient inépuisables.

Mais cette légère amélioration ne dure pas, un mois après, l'état est redevenu comme antérieurement .

En résumé : Effets nuls ou très faibles, à trois reprises, sur une forme d'intensité moyenne, mais d'évolution lentement progressive.

x

x x

OBSERVATION N° 38
=====

Mademoiselle DUT... Marcelle, 36 ans.

SEP dont le début remonte à 7 ans, à l'âge de 29 ans. L'évolution a comporté des poussées successives avec rémissions très incomplètes.

18 Février 1961 : Examen : la marche est très difficile, hésitante, sautillante, et fatigue rapide.

S. Pyramidaux : M.I. : S. de Barré et de Mingazzini
Réflexes peu vifs, S. de Babinski bilatéral
Cutanés abdominaux abolis.

S. Cerebello-Labyr. : dysmétrie très importante à droite, moins marquée à gauche. Tremblement d'action très important à droite.

Sphincters : incontinence

Traitement : 5 IR Hexadecadrol 8 mg
Tolérance bonne LCR non modifié

Résultats : Pas de modification objective.

Reste stationnaire.

Conclusion : résultats nuls.

x

x x

OBSERVATION N° 39
=====

Madame HEA... Renée, 32 ans.

SEP dont le début remonte à 4 ans, à l'âge de 27 ans, par une "faiblesse" du M.I. droit, puis par une hémiplégie droite, avec S. cerebelleux du même côté, aphasie incomplète. Il y a ensuite régression, mais incomplète.

2 Juillet 1960 : examen : marche en "fauchant" à droite

S. Pyramidaux : Hyperréflexivité surtout à droite, clonus du pied inépuisable bilatéral. S. de Babinski droit.
Cutanés abdominaux abolis.
Déficit moteur au M.S. droit.

S. Cerebello-Labyr. : dysmétrie prédominante à droite, avec très intense tremblement d'action et d'attitude au M.S. droit. Asynergie droite. Adiadococinésie bilatérale. Nystagmus bilatéral.

Sensibilité : paresthésies de la face
diapason mal perçu à gauche

Paires craniennes : hypoacousie gauche
La malade est enceinte de 4 mois et demi

Traitement : 4 IR Hexadecadrol 8 mg
Tolérance : très bonne LCR normal

Résultats : amélioration des S. pyramidaux ; la F. musculaire est meilleure, plus de chute des mains. Les clonus achilléens ont disparu.

Mais pas d'amélioration des S. Cerebelleux.

29 Aout 1960 : L'état est stationnaire :

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR normal

Résultats : cette fois-ci, pas de changement notable, les signes pyramidaux et cerebelleux sont inchangés.

Cet état va rester inchangé les 12 mois suivants.

Conclusion : amélioration des S. pyramidaux lors d'une poussée sans aucune action sur les S. Cerebelleux, qui ne seront pas modifiés au cours d'une deuxième cure.

x

x x

OBSERVATION N° 40
=====

Monsieur HUG... Yves, 40 ans.

SEP dont les premiers signes sont apparus il y a 7 ans, à l'âge de 33 ans. L'évolution fut relativement bénigne jusqu'à la dernière poussée, survenue une semaine avant l'entrée du malade dans le service.

15 Avril 1961 : l'examen montre : la marche est hésitante, avec élargissement du polygone de sustentation. Gros troubles de l'équilibre, avec déviation et chute vers la gauche.

S. Pyramidaux : M.I. la F.M. est normale. Les réflexes sont très vifs, polycinétiques. Clonus bilatéral rotulien et achilléen.

S. de Babinski à droite.

R. cutanés abdominaux abolis.

M.S. : léger déficit moteur à gauche. Réflexes très vifs, diffusés.

Hoffmann bilatéral.

S. Cerebello-Labyr. : vertiges violents. Ataxie très importante.

Stewart-Holmes à gauche.

Nystagmus bilatéral et vertical.

Sensibilité : paresthésies de l'hémiface gauche

Paires craniennes : parésie du III droit

léger déficit V moteur gauche

Asymétrie du voile, voix rauque depuis 8 jours.

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR normal

Résultats : dès la 4^e injection, les vertiges disparaissent,
les troubles de l'équilibre diminuent puis disparaissent
la marche redevient normale.

les S. pyramidaux régressent aux M.I. et aux M.S.

les altérations des paires craniennes s'amenuisent.

L'amélioration se poursuit les mois suivants.

12 Septembre 1961

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR inchangé

Résultats : l'amélioration subjective et objective se poursuit :

la marche et l'activité professionnelle sont normales.

Seules persistent : quelques paresthésies de l'hémiface gauche

des réflexes un peu vifs,

les R. cutanés abdominaux abolis.

En conclusion : résultats immédiats et très bons sur une poussée sévère.

L'amélioration persiste.

x

x x

OBSERVATION N° 41
=====

Madame JIR... Yvonne, 55 ans.

SEP ayant débuté apparemment il y a 3 ans, à l'âge de 52 ans, par des troubles parétiques du membre inférieur gauche et des paresthésies de la

jambe droite. Episodes de diplopie régressive, et troubles sphinctériens à rechutes. L'état est stationnaire depuis un an et demi.

10 Juillet 1961 : la marche est difficile, un peu spastique . Il existe un syndrome pyramidal bilatéral symétrique, avec déficit moteur aux membres inférieurs et supérieurs. Les réflexes sont vifs, le S. de Babinski bilatéral.

Les TR. cerebello-labyrinthiques sont a minima, excepté un assez important déséquilibre.

Il existe des paresthésies disséminées.

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg Tolérance très bonne

Résultats : amélioration sensible de la contracture. L'équilibre aussi est amélioré, la marche aussi est plus aisée, les réflexes moins vifs. Les troubles sensitifs sont également améliorés.

Conclusion : amélioration fonctionnelle et objective, mais limitée, sur une forme peu évolutive.

x

x x

OBSERVATION N° 42
=====

Madame GEN... Charlotte, 46 ans.

SEP ayant débuté apparemment il y a 2 ans, à l'âge de 44 ans ; très progressivement se sont installés une paraplégie accompagnée de paresthésies et de troubles cerebelleux, avec très peu d'éléments de rémission. La malade a reçu une grande quantité de corticoïdes per os, sans effets nets.

7 Novembre 1960 : Examen : la marche se fait en fauchant du côté droit

S. Pyramidaux : auc M.I., la force musculaire est très diminuée surtout à droite et dans la flexion. Hyperréflexivité, S. de Babinski bilatéral, réflexes d'automatisme en flexion et extension,

surtout à droite. Aux M.S., réflexes vifs et S. d'Hoffmann à droite.

S. Cerebello-Labyrinthiques : dysmétrie gauche, nystagmus latéral

Sensibilité : paresthésies (fourmillements) aux 4 membres

Céphalées surtout nocturnes

Sphincters : difficultés à la miction

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR normal

Résultats : nette amélioration subjective et objective :

- paraplégie regréssée, force musculaire très améliorée
- disparition de la dysmétrie et des troubles urinaires
- régression des paresthésies
- persistance de cet état 2 mois environ.

3 Janvier 1961 : Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg Tolérance bonne

Résultats : la marche s'améliore, le bilan neurologique montre encore quelques progrès.

10 Février 1961 :

Apparition depuis quelques jours d'une reprise des paresthésies avec une augmentation de la spasmodicité.

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg Tolérance très bonne

Résultats : l'état de la malade s'améliore assez rapidement au bout de quelques jours, et deux mois après la marche est quasi normale

Juin 1961 : 3 IR Hexadecadrol 8 mg Tolérance très bonne

Résultats : amélioration nette portant sur tout le bilan de la paraplégie, la sensibilité, les troubles sphinctériens

5 Octobre 1961 : nouvelle poussée avec céphalées et vertiges, nouvelles paresthésies (face et M.I. gauche)

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR peu ou pas modifié

Résultats : amélioration nette des signes de dernière apparition.

Conclusion : sur une forme d'intensité assez forte et assez régulièrement progressive, bonnes améliorations sur plusieurs poussées. Les signes de dernière apparition sont les plus sensiblement améliorés.

X

X X

OBSERVATION N° 43
=====

Madame CHA... Ginette, 39 ans.

SEP d'intensité modérée, ayant débuté il y a 5 ans, à l'âge de 34 ans. L'évolution en a été jusqu'alors lentement progressive sans rémission nette.

5 Décembre 1960 : Examen : marche très ébrieuse, la malade est obligée de se tenir aux meubles.

S. Pyramidaux : la paraplégie est modérée, mais les réflexes sont vifs, le S. de Babinski bilatéral. Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis.

Aux M.S. réflexes vifs.

S. Cerebello-labyr. : dysmétrie et adiadicocinésie prédominant à gauche Romberg très important.

Nystagmus horizontal.

Sensibilité : paresthésies importantes aux M.I.

Le diapason n'est pas perçu jusqu'aux crêtes iliaques

Paires craniennes : R. nauséux aboli.

Traitement : 5 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance très bonne LCR non modifié

Résultats : dès la sortie : nette amélioration de l'équilibre
la marche est plus assurée
la dysmétrie est maintenant très discrète

Les S. Pyramidaux, peu intenses, sont inchangés
Depuis presque un an, son état reste stationnaire sans traitement,
tout en étant enceinte.

Conclusion : nette amélioration portant surtout sur les S. Cerebello-
labyrinthiques (les plus récemment apparus). Stabilisation ensuite.

X
X X

OBSERVATION N° 44
=====

Monsieur FOU... Jacques, 28 ans.

SEP d'intensité relativement légère, ayant débuté il y a 8 ans à l'âge
de 20 ans. Le malade est traité pour crises comitiales.

8 Février 1960 : Examen : le malade est vu au cours d'une poussée ayant
débuté il y a 8 jours.

La marche est très difficile, très ébrieuse, avec élargissement con-
sidérable du polygone de sustentation.

S. Pyramidaux : frustes : léger Barré à gauche
cutanés abdominaux très faibles.

S. Cerebello-Labyrinthiques : très importants, avec gros déséquilibre
Dysmétrie très importante au M.I. gauche
Dysmétrie et adiadicocinésie surtout à gauche.

Sensibilité : diapason mal perçu à gauche.

Paires craniennes : normales.

Traitement : 8 IR Deltahydrocortisone 25 mg

Tolérance très bonne LCR peu ou pas modifié

Résultats :

- dès le 3^e jour : la dysmétrie régresse au M.I. et disparaît
au M.S. gauche. La démarche est plus assurée.

- A la 8° IR, la démarche est presque normale : seule subsiste une légère dysmétrie au M.I.G.

L'amélioration s'est poursuivie ensuite, et depuis un an et demi l'état est bon.

Conclusion : bons résultats rapides sur une poussée prise au début.

L'amélioration tient depuis un an et demi.

x

x x

OBSERVATION N° 45
=====

Madame VIA... Fernande, 47 ans.

SEP dont le début remonte à 11 ans, à l'âge de 36 ans. L'évolution a été sévère, et sa progression n'a été coupée que par de rares regressions. Nombreuses thérapeutiques, essayées, sans résultats.

24 Avril 1961 : Examen à l'entrée dans le Service.

La malade est grabataire, en mauvais état général, fébrile.

Elle ne marche plus depuis plusieurs mois.

S. Pyramidaux : il existe une paraplégie massive. Aux M.I. les réflexes sont faibles, la force musculaire globalement très diminuée.

Le S. de Babinski est bilatéral. Cutanés abdominaux abolis.

Aux M.S. Réflexes très vifs, Hoffmann bilatéral.

S. Cerebello-Labyr. sont a minima.

Sensibilité : paresthésies généralisées à type de fourmillements

Paires craniennes : parésie du III droit.

Sphincters : rétention nécessitant sondages.

Traitement : 3 IR Hexadecadrol 8 mg Tolérance bonne

Mais simultanément se développe une phlébite du M.I. droit, puis des escarres, et l'évolution se fait en quelques semaines vers la mort.

Conclusion : action nulle sur une forme très grave et parvenue au dernier degré de son évolution.

X

X X

OBSERVATION N° 46
=====

Monsieur BRE... Michel, 29 ans.

SEP ayant débuté il y a 4 ans, à l'âge de 25 ans. Depuis deux ans, évolution très sévère et rapide, pratiquement d'une seule tenue, avec deux courtes et très incomplètes rémissions, à la suite de perfusions d'ACTH, et de corticoïdes per os.

Fin Février 1961 :

Le malade est presque grabataire, la marche, cerebello-spasmodique, est impossible si le malade n'est soutenu.

S. Pyramidaux : aux M.I., la paraplégie est très importante : très forte hypertonie. ROT vifs, clonus rotuliens et achilléens inépuisables; Babinski, Rossolimo, Mendel des 2 côtés.

R. d'automatisme en flexion et extension, surtout à droite;

R. cutanés abdominaux abolis.

Aux M.S. : réflexes très vifs, Hoffmann bilatéral.

S. Cerebello-Labyr. : dysmétrie intense, avec décomposition des deux côtés. Tremblement d'action très important.

Sensibilité : diapason aboli aux membres inférieurs

Paires craniennes : normales

Sphincters : incontinence d'urine totale.

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 8 mg

Tolérance bonne LCR peu modifié

Résultats : nuls. Le bilan neurologique est inchangé, la paraplégie est peut être même plus importante. Seule l'incontinence sphinctérienne est améliorée passagèrement.

Mais simultanément, apparition brusque d'escarres talonnières et sacrées, qui font interrompre le traitement intrarachidien.

Evolution en 5 mois vers cachexie et décès, sans qu'aucune autre thérapeutique (notamment corticothérapie per os et antibiotiques) n'amènent de rémission.

Conclusion : résultats nuls sur une forme gravissime et rapide. Apparition d'escarres à la 6° IR.

x

x x

OBSERVATION N° 47
=====

Monsieur MOT... Robert, 33 ans.

SEP ayant débuté il y a 4 ans environ, et dont l'évolution a comporté plusieurs poussées avec d'importantes rémissions.

Juin 1961 : la marche est un peu hésitante, un peu saccadée, avec déséquilibre.

S. Pyramidaux : il existe à droite un déficit moteur d'importance modérée. Les réflexes sont vifs, le S. de Babinski bilatéral.

S. Cerebello-Labyr. : dysmétrie prédominant à droite, avec tremblement en fin de mouvement, aux M. Supérieurs et inférieurs.

Ecriture difficile. Dysarthrie. Nystagmus.

Traitement : 6 IR Hexadecadrol 8 mg Tolérance bonne

Résultats : amélioration de l'équilibre et du tremblement, mais l'examen neurologique ne montre pas de modification nette. L'état reste stationnaire ensuite.

Conclusion : légère amélioration fonctionnelle, sans modification neurologique, dans une période de stabilité.

x

x x

OBSERVATION N° 48
=====

Monsieur BEL... Marcel, 41 ans.

SEP ayant débuté il y a 3 ans et demi, à l'âge de 38 ans. L'évolution a été jusque là assez discrète.

Fin Mars 1958 : le malade présente :

- des paresthésies et des troubles de la sensibilité profonde
- un syndrome pyramidal discret
- une névrite rétrobulbaire de l'O. gauche

Traitement : 6 IR Hydrocortisone : 50 mg

Tolérance : bonne

Résultats : dès la fin du traitement, très nette amélioration des troubles oculaires et la Névrite retro-bulbaire rétrocede sans séquelles.

N'a pas eu de traitement intra-rachidien ensuite.

Conclusion : résultats semblant nettement favorables sur les signes oculaires, mais discutables étant donnée l'évolution régressive déjà dessinée avant le traitement.

CHAPITRE 10

RESULTS THERAPEUTIQUES

L'analyse des résultats, nous l'avons déjà vu, est un problème difficile. Ces résultats doivent être appréciés avec beaucoup de prudence.

- 1 - Nous avons déjà évoqué le problème de l'évaluation qualitative des modifications observées.
- 2 - Les caractères évolutifs particuliers de l'affection imposent une critique des rémissions : par exemple les résultats thérapeutiques observés lors d'une poussée dans une forme de début peuvent être bien souvent discutables.
- 3 - D'autre part, à l'intérieur de chacun des cas, il sera souvent difficile de parler d'un résultat global.

Ceci est certes relativement facile lorsque nous avons affaire à un traitement isolé, qui donne un résultat isolable.

Mais, comme nous l'avons dit, le traitement par Corticostéroïdes I.R. n'est pas un traitement de la cause de la maladie. Ce traitement n'a sans doute d'action que sur le processus évolutif des lésions anatomiques, et il ne s'agit que d'un traitement palliatif. La maladie elle-même continue d'évoluer.

Et lorsqu'un malade est suivi plusieurs années, c'est chaque fois à un stade différent, ou à l'occasion d'une autre poussée, que l'on est appelée à pratiquer des injections I.R., et à en évaluer alors les effets.

Et ces effets, seront souvent, nous le constatons dans les observations, différents, à la fois en qualité et en durée.

Qualifications des résultats

Nous les appellerons :

- Bons ou Très bons

- Lorsque l'état fonctionnel du malade est très sensiblement amélioré qu'il récupère une activité motrice, gestuelle ou professionnelle qui lui était impossible auparavant.
- Quand ces améliorations sont corroborées par des modifications appréciables du bilan neurologique : spasticité, clonus, disparition d'altérations des réflexes, modifications des s. de la série cérébello labyrinthique, récupération de la force musculaire segmentaire.
- Quand ces améliorations coïncident avec le traitement, et qu'elles ont un caractère durable appréciable.

- Moyens

- Lorsque les améliorations, nettes et observables, avec modifications du bilan neurologique, n'apportent qu'un changement modeste aux possibilités d'activité du malade.

- Minimes

- Lorsque les améliorations sont de faible intensité et de faible durée.

- Nuls.

- 1 - Nous avons ainsi trouvé de bons ou très bons résultats dans les observations suivantes :

N° 1 : Amélioration fonctionnelle et neurologique très nette, sur une forme qui n'avait pas présenté de rémissions depuis 4 ans.

- N° 3 : Amélioration fonctionnelle nette, progrès au bilan neurologique lors d'une poussée d'évolution progressive.
- N° 6 : Amélioration spectaculaire dans une forme ancienne et fixée, qui va durer un an et demi.
- N° 9 : Deux améliorations très nettes dans cette forme grave, évoluant depuis 11 ans.
- N° 11 : Une très bonne amélioration et deux autres nettes aussi dans une forme grave et évoluant depuis 23 ans.
- N° 13 : Deux très bonnes améliorations sur des poussées de forte intensité.
- N° 15 : Une très bonne amélioration, puis deux moins bonnes et moins durables au cours de fortes poussées.
- N° 17 : Une bonne amélioration fonctionnelle et objective sur une poussée isolée.
- N° 18 : Nombreuses récupérations fonctionnelles, étalées sur plusieurs années, sur une forme où les poussées sont rapprochées.
- N° 19 : Bonne amélioration fonctionnelle chez un malade en constante dégradation depuis deux ans.
- N° 20 : Une amélioration nette.
- N° 21 : Plusieurs améliorations notables sur une forme grave.
- N° 22 : Récupération fonctionnelle nette lors d'une poussée.
- N° 25 : Amélioration nette à la suite d'une poussée fixée depuis un an. Récupération rapide après une autre poussée.
- N° 30 : Deux récupérations fonctionnelles et objectives successives qui permettent à nouveau une activité professionnelle, dans une forme évoluant depuis 16 ans.

N° 31 : Bonne amélioration sur une forme d'intensité assez forte.

N° 40 : Très bons résultats immédiats et persistants sur une poussée sévère.

N° 44 : Très bonne récupération fonctionnelle et objective sur une forte poussée.

2 - Nous avons observé des résultats moyens mais nets dans les observations suivantes :

N° 2 : Suivi depuis plusieurs années, lorsque son état se dégrade, chaque série amène des améliorations nettes.

N° 7 : Nombreuses récupérations appréciables dans une forme jeune et régulièrement progressive.

N° 12 : Une amélioration appréciable sur une forte poussée.

N° 14 : Plusieurs améliorations nettes

N° 26 : Assez bonne amélioration fonctionnelle sur une forme jusque là régulièrement progressive.

N° 27 : Amélioration fonctionnelle nette sur une poussée sévère.

N° 28 : Chez un malade alité depuis plusieurs mois, amélioration nette, la marche est de nouveau possible.

N° 29 : Sur une forme très sévère et constamment aggravée, amélioration nette et objective.

N° 32 : Amélioration notable au cours d'une poussée chez une forme jeune.

N° 34 : Amélioration nette dans une forme qui n'avait pas montré de rémission depuis 3 ans.

N° 39 : Une amélioration fonctionnelle nette quoique incomplète

N° 41 : Amélioration nette quoique limitée.

N° 42 : Plusieurs améliorations au cours de plusieurs poussées.

N° 43 : Amélioration partielle mais qui va rester stable.

N° 48 : Amélioration dans une forme à symptomatologie surtout sensorielle et sensitive.

3 - Nous n'avons observé que des résultats minimes ou transitoires dans les observations suivantes :

N° 4 : Amélioration des troubles sensitifs.

N° 5 : Plusieurs améliorations nettes mais incomplètes et passagères.

N° 10 : Résultats médiocres dans une forme paraplégique fixée depuis 3 ans.

N° 16 : Plusieurs améliorations, mais transitoires.

N° 33 : Amélioration lors d'une poussée, mais transitoire.

N° 35 : Résultats faibles sur une forme jeune en poussée.

4 - Nous avons observé des résultats presque ou totalement nuls, que ce soit à l'occasion des séries uniques ou répétées, dans les observations suivantes :

N° 8 : Résultats nuls ou presque sur une forme intense et évoluant depuis 5 ans.

N° 23 : Aucun résultat dans une forme de forte intensité, progressivement aggravée depuis 5 ans.

N° 24 : Résultats nuls sur une forme fixée depuis plusieurs années.

N° 36 : Résultats nuls sur une forme grave et datant de 16 ans.

N° 37 : Résultats très faibles ou nuls sur une forme intense datant de 7 ans.

N° 45 : Action nulle sur une forme très grave au dernier stade de son évolution.

N° 46 : Action nulle sur une forme à la fois très grave et rapide

N° 47 : Action presque nulle dans une forme fixée.

Si nous résumons ces données brutes, nous constatons que :

- Chez 18 malades (37 % de l'ensemble) on a observé à une ou plusieurs reprises de bons ou très bons résultats.
- Chez 15 malades (31 % de l'ensemble) on a observé à une ou plusieurs reprises des résultats moyens.
- Chez 6 malades (12 % de l'ensemble) on a observé à une ou plusieurs reprises des résultats minimes.
- Chez 9 malades (19 % de l'ensemble) on n'a constaté que des résultats nuls.

Chez près de 70 % des malades on a constaté à une ou plusieurs reprises des résultats appréciables ou nettement bons.

Mais la lecture des observations des malades traités à plusieurs reprises (et elles sont la majorité) montre que les différentes séries d'injection intra-rachidiennes n'ont pas eu des effets identiques : chez un même patient, les résultats montrent des réponses thérapeutiques variables.

Si l'on cherche à chiffrer les résultats en considérant le nombre total des séries effectuées, sur 150 séries environ, seulement 70 environ d'entre elles - soit 45 % environ - provoquent des améliorations nettes. les autres séries n'ayant apporté que des modifications légères ou nulles.

L'analyse de cette variabilité des réponses thérapeutiques chez un même malade permet de dégager quelques données :

- 1 - Il semble très nettement que l'on assiste à un épuisement de l'amélioration lorsqu'on prologé ou l'on répète le traitement à certains stade de l'évolution de la maladie.

Cet effet d'épuisement - observé bien entendu chez les malades ayant été suivis pendant un laps de temps assez long - a été observé d'une manière nette dans 23 de nos cas.

Ce fait parait pouvoir être explicable si l'on suppose qu'à un stade donné de la maladie, certaines lésions de sclérose sont anatomiquement fixées et irréversibles.

- 2 - A l'inverse chez un malade donné, chez qui l'on a constaté ce phénomène d'épuisement de la thérapeutique, on pourra par contre observer à un stade ultérieur des effets à nouveau favorables :

- soit à l'occasion d'une reprise de poussée greffée sur le fond fixé, stabilisé;
- soit lors d'une reprise évolutive semblant en constante progression.

Les résultats selon la forme évolutive de la maladie

On peut - un peu arbitrairement - diviser les formes évolutives en deux groupes :

- 1 - Formes fluctuantes, avec poussées, souvent suivies de récupérations importantes

- ce sont en général des formes jeunes
- mais aussi des formes plus anciennes où, sur un déficit neurologique fixé, se greffent des poussées aiguës.

- 2 - Formes stables ou en aggravation progressive

Mais dans les faits, nous avons pu voir que de nombreux malades présentent à différents moments de l'évolution de leur maladie des

tendances évolutives différentes.

Il est évident que l'on doit considérer comme discutables les résultats favorables observés lors des formes en poussée, où la part de régression spontanée ne doit pas être perdue de vue ni minimisée.

Mais lorsque, chez un malade qui présente des poussées successives le traitement semble amener chaque fois une récupération nette, l'intérêt de cette thérapeutique nous paraît de toute façon indéniable.

Quant aux améliorations nettes sur des formes dont l'état n'a depuis longtemps marqué la moindre amélioration, soit spontanée, soit à la suite d'autres thérapeutiques, celles-là semblent avoir une importance et un intérêt encore plus appréciable.

Chez ces derniers malades, l'état était nettement prévisible dans les semaines à venir; et quand on constate dès le traitement instauré des modifications patentes, il est raisonnable de lui en attribuer les effets.

On a pu se rendre compte à la lecture des observations que nombreuses ont été les améliorations dans de telles formes, ces améliorations étant souvent inattendues et inespérées.

Quoiqu'il en soit, les résultats semblent dans l'ensemble plus spectaculaires lors des poussées aiguës, et partant, sur les altérations fonctionnelles et neurologiques les dernières apparues.

C O N C L U S I O N

Nous avons étudié les cas de 48 malades atteints de Sclérose en Plaques, traités, - certains depuis plusieurs années -, par corticothérapie intrarachidienne.

Au terme de ce travail, il est bien entendu très difficile de formuler des conclusions absolues. Cependant certaines données nous semblent pouvoir être dégagées.

Certaines sont négatives :

- La Corticothérapie par voie intra-rachidienne ne paraît pas capable de modifier l'évolution générale de la maladie.
- Elle donne une proportion non négligeable d'échecs complets.
- Ses résultats ne sont souvent que très partiels et nécessitent de la renouveler.
- Renouvelées, les séries d'injections ont, dans certains cas une action moins nette.

Mais il existe des données positives :

- L'activité de ce traitement nous a semblé indéniable. Nous pensons avoir observé des améliorations thérapeutiques nettement dissociables des régressions spontanées.
- C'est à plusieurs reprises au cours de l'évolution de la maladie que ces malades ont présenté des améliorations thérapeutiques.

- Lors des poussées on obtient en général une régression rapide quoique très souvent incomplète.
- Dans certaines formes fixes prolongées, on a pu voir régresser des signes neurologiques stables et qui pouvaient être considérés comme définitifs.
- Ces améliorations nous ont paru très certainement plus nettes, plus objectives et plus régulières que celles qui ont pu être observées lors des autres thérapeutiques utilisées jusqu'à présent.

Il nous paraît important de souligner d'autre part que ce n'est pas là un traitement anodin, et qu'il nécessite d'être effectué dans un service hospitalier spécialisé. Avec des précautions strictes, ce n'est pas un traitement dangereux, bien qu'un peu pénible.

Telles sont les données qu'il nous semble pouvoir être dégagées des 48 cas étudiés.

Dans l'ignorance actuelle de la véritable origine de la maladie, et devant l'inexistence actuelle de traitement qui ne soit décevant et problématique, notre conviction est que, malgré ses inconvénients et son action partielle et palliative, c'est actuellement le traitement le moins inactif que l'on ait pu apporter à ces malades.

Vu, le Président de Thèse,
Professeur P. CASTAIGNE

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

ALAJOUANINE, CASTAIGNE P., LHERMITTE F.

A propos du traitement de la sclérose en plaques par la Cortisone
Revue Neurologique 94 4 352 Avril 1956

ALEXANDER L.

New concepts of critical steps of chronic debilitating neurologic
disease in evaluation of therapeutic response
A.M.A. Arch. Neurol. et Psychiat. 66 : 253-271 Sept, 1951

ALEXANDER L. and Coll..

Prognosis and treatment of Multiple Sclerosis - Quantitative
nosometric Study.
J.A.M.A. 166 - N° 16 Avril 1958

G. BOUDIN

Traitement d'une Sclérose en Plaques
Concours Médical 2 N 147 - 12 Janvier 1957

CADOT

Etude critique de la Corticothérapie dans le traitement de la
Sclérose en plaques.
Thèse Paris 1957.

CASTAIGNE L., LHERMITTE F.,

Bilan des traitements récents de la Sclérose en Plaques.
Semaine des Hop. 36 : 2317 14 Juin 1957

CLEMENT L.

Etude critique de l'emploi de l'Hydrocortisone par voie sous-
arachnoïdienne dans le traitement de la Sclérose en Plaques
Thèse Paris 1956

COLLOMB H., PLANQUES L., MOITEL J.

Emploi en Thérapeutique Neurologique de l'Hydrocortisone par
voie intra Rachidienne

Vie Médicale 38 : 1733 Oct. 1957

JAROSCEWICS K.

Corticoïdes intra-rachidiens

Ars Medici 1960 15 12 P.88

KAMEN (G.F.)

Intrathecal hydrocortisone versus intraveinuous A.C.T.H.

Medical Times (Manhasset) 85/5 Mai 1957

KAMEN (G.F.)

Intrathecal Fluorocortisone in Multiple Sclerosis

Medical Times (Manhasset) 86/11 Nov 1958

KIRCHER J.P.

Les hormones corticosurrénales en Neurologie

Maroc Medical Mars 1958

LAPEYRE

Thèse Paris 1955

LAURENS A.

Contribution à l'étude du traitement de la Sclérose en Plaques
par l'Hydrocortisone Intrarachidienne

Thèse Toulouse 1957

LOUYOT P., GAUCHER A., LECLERCJ., METZ R.,

Nouveau bilan des accidents de la Corticothérapie prolongée.

Rhumatologie 1960 N° 6 Nov. Dec. P. 275 et Sqq.

MAHOUDEAU D., DUBRISAY J., KAPLAN G., et Melle VERNADET

Utilisation pratique du Phosphate d'Hexadécadrol

Semaine des Hopitaux 12 Octobre Pp 2499 - 2504

NAYRAC P., FONTAN M., et Coll.

Intérêt de la corticothérapie aux phases aiguës des névralgies
Lille Medical III 3 144 Mars 1958

PIOT C.,

Les Injections sous-arachnoïdiennes d'Hydrocortisone en
Neuropsychiatrie

Gazette Med. de France t. 62-24 1951 - 25 Décembre 1955

REYES OLIVEROS F., SIXTO A., GARRIDE M.,

Hydrocortisone and vitamine B₆ in treatment of Multiple Sclerosis.

Med. Clin. 30 118-119 Février 1958 Resume in J.A.M.A. 168-2 220
13 Sept. 1958

SIGWALD J., BOUTTIER D., RAYMONDEAUD C.,

Le traitement de certaines affections neurologiques chroniques
par l'injection sous-arachnoïdienne d'Hydrocortisone. Premiers
résultats.

Revue Neurologique 93 3 : 600 1955

SIGWALD J. et Coll

Etat actuel du traitement médical de la contracture pyramidale.
Semaine des Hopitaux 7, 30 Janvier 1957 p.392

SIGWALD J., HEBERT Mlle H., QUETIN Mlle A., Mme Clement

Etude critique du traitement de la Sclérose en Plaques par
l'Hydrocortisone Intrarachidienne

Semaine des Hopitaux 18. : 1149 22 Mars 1957

SKINHOJ Erik et BUUS Ole

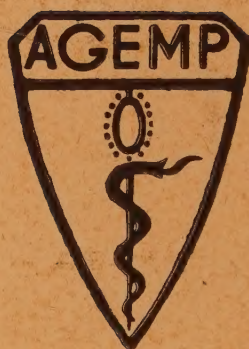
Some problems in connection with intrathecal Hydrocortisone
treatment

Danish Medical Bulletin Nov. 1959 P 259 - 61

TURON R., GIACARDY R., GARDE M.

Applications des injections intrarachidiennes d'Hydrocortisone
en Thérapeutique neurologique

Presse Médicale 20 Juin 1956 P. 1133 - 1137



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante

PARIS - V •

Téléphone : ODÉon 58-90